

VERA MARIA RIBEIRO NOGUEIRA

**O DIREITO À SAÚDE NA REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO:
CONSTRUINDO UMA NOVA AGENDA**

FLORIANÓPOLIS

OUTUBRO – 2002

VERA MARIA RIBEIRO NOGUEIRA

**O DIREITO À SAÚDE NA REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO:
CONSTRUINDO UMA NOVA AGENDA**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – área da concentração Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA – Dra. DENISE EL VIRA PIRES DE PIRES

FLORIANÓPOLIS

OUTUBRO – 2002

N778d Nogueira, Vera Maria Ribeiro

O direito à saúde na reforma do estado brasileiro : construindo uma nova agenda / Vera Maria Ribeiro Nogueira; orientadora Denise Elvira Pires de Pires. – Florianópolis, 2002.
347 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

Inclui bibliografia.

1. Direito à saúde. 2. Bem-estar social. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Política de saúde – Brasil. 5. Assistência médico-social. 6. Saúde – Planejamento. I. Pires, Denise Elvira Pires de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 361.1

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

VERA MARIA RIBEIRO NOGUEIRA

O DIREITO À SAÚDE NA REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO: CONSTRUINDO UMA NOVA AGENDA

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

Doutor em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 04 de outubro de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
- Presidente -

Dra. Maria Tereza Leopardi
- Membro -

Dra. Laura Tavares Ribeiro Soares
- Membro -

Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia
- Membro -

Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank
- Membro -

Dra. Regina Célia Tamasso Mioto
- Suplente -

Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto
- Suplente -

Aos meus pais, Rodrigo e Armênia, que me mostraram o valor da justiça e da igualdade.

À pequena Luiza, pelas emoções inesperadas, insólitas, intensas e ternas.

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos e citações têm a ver com a justiça distributiva, sendo a moeda com a qual pagamos nossas dívidas intelectuais.

Michael Walzer

Meu agradecimento à minha orientadora Professora Dra. Denise Elvira Pires, que me ensinou, com suas rigorosas correções, a ser exigente com o conteúdo e com a forma do trabalho acadêmico. Por ter encaminhado da forma extremamente competente o processo de orientação, não tolhendo em nenhum momento minha liberdade e possíveis ousadias.

À Professora Dra. Maria Tereza Leopardi, que partilhou comigo os difíceis desafios iniciais e guiou, cuidadosa e pacientemente, meus primeiros passos nessa empreitada acadêmica.

Um agradecimento e um carinho especial à Professora Dra. Maria Lúcia Carvalho da Silva, da PUC-SP, minha orientadora de mestrado e minha primeira chefe, com quem aprendi a importância do conhecimento para a qualidade da prática profissional.

Meu agradecimento aos professores e funcionários do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo entusiasmo com que acompanharam essa caminhada. Especialmente à Kriystina Matys Costa por me ensinar que o “impossível é uma palavra muito distante”, à Rosana Maria Gaio, que sempre torna a vida mais risonha, à Berenice Petry Braun, pelas orientações seguras sobre as normas técnicas, e à Juliana Pereira Vieira da Silveira, pela presença constante e afável.

Ao professores, funcionários e colegas do Departamento de Enfermagem, que me acolheram carinhosamente em seu espaço.

À Ivete Simionatto, amiga de todos os momentos, que compartilhou desde o projeto inicial até a conclusão da tese e foi a primeira leitora, fazendo observações precisas e oferecendo sugestões brilhantes, além do infalível suporte afetivo sempre que necessário.

Meu reconhecimento às amigas Corália Piacentini, Beatriz Augusto de Paiva, Heloísa Maria José de Oliveira, Ines Pellizzaro, Maria Ângela e Maria Ignez Silveira Paulilo, Regina Célia Tamasso Miotto e Luziele Tapajós, pela presença, amizade e não poucas discussões teóricas.

Às colegas e amigas Francine de Lima Gelbcke, Maria Teresa de Campos Velho e Silvana Sidney da Costa Santos, que estiveram sempre atentas para esclarecer dúvidas teóricas e orientações que facilitaram a minha vida de estudante.

Às professoras Catarina Maria Schmickler, Lídia Maria Monteiro R. da Silva, Lígia Bahia, Marli Palma Sousa, Myriam Rachel Mitjavila, Nilva de Souza Ramos, Rosana de Carvalho Martinelli Freitas e Sulamis Dain, pela gentileza e generosidade com que cederam trabalhos acadêmicos inéditos e publicações difíceis de serem encontradas.

À Teresa Cristina Gaio, Fátima Farias Pelacin e Karen Giovanella (Pastoral da Saúde), à Eliane Schmidt (CNTSS/CUT), à ABRAMGE, à Flávia Fonseca (Agência Nacional de Saúde Suplementar), à Ana Lígia Gomes, à Zênite da Graça Bogéa de Freitas, que forneceram ou facilitaram o acesso ao material pesquisado, sem o qual essa tese não seria concluída.

Aos alunos do *PET/Serviço Social* e da *Pesquisa do Direito à Saúde no Mercosul*, e os que passaram pelas disciplinas *Padrões atuais de Política Social e Serviço Social e Serguridade Social - Saúde*, do Departamento de Serviço Social, que, cada um a sua maneira, me ajudaram a refletir sobre o direito à saúde.

Sou profundamente grata aos meus filhos, Rodrigo, Gustavo e Eduardo, e à Giani e à Juana, que entenderam minhas longas ausências e me auxiliaram no preparo dessa tese, com paciência e carinho. Estendo esse sentimento ao meu precioso *entorno* familiar.

Ao José Manuel Bettencourt, que, do além-mar, contribuiu enviando material bibliográfico atualizado e, principalmente, dando apoio constante.

Um agradecimento especial ao meu filho Rodrigo, à Taís Blauth e à Myriam Mitjavila, que ocuparam-se com a transcrição do resumo para o inglês e o espanhol.

Aos profissionais de saúde que continuam acreditando, como Maglio (2002), que “no hay una salud de minimos y una salud de máximos; es decir, una salud ‘villera’ y una salud ‘VIP’”.

Concluindo, uma lembrança e uma saudade. Agradeço à Geney Takashima, que *abriu o caminho* do Serviço Social no Programa de Pos-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Com a morte do marxismo, espalhou-se a idéia ilusória de que poderíamos finalmente dispensar a noção de antagonismo. Esta idéia está eivada de perigos, uma vez que nos deixa desprevenidos perante manifestações de antagonismo não reconhecidas.

Chantal Mouffe

O DIREITO À SAÚDE NA REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO: CONSTRUINDO UMA NOVA AGENDA

RESUMO

Este estudo analisa a concepção constitucional do direito à saúde no Brasil e o atual discurso dos sujeitos políticos envolvidos com o setor saúde, evidenciando as divergências e as identidades existentes entre as matrizes discursivas do Ministério da Saúde, da Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE, da Pastoral da Saúde e da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT – CNTSS/CUT. Defende a tese de que vêm ocorrendo alterações nos fundamentos do sistema de saúde, através de reformas incrementais, derivadas do processo de reforma do Estado brasileiro ocorrido na década de 1990. A direção teórica assumida entende que os direitos sociais estão vinculados a uma cidadania ativa e são decorrentes da existência de uma esfera pública que viabiliza a construção de agendas democraticamente pactuadas. Os direitos sociais, e entre eles o direito à saúde, além das garantias legais, são expressões de como as relações sociais se estruturam e influenciam a existência real e concreta no mundo da vida. Com a finalidade de resgatar as semelhanças e as discrepâncias entre as concepções de direito à saúde, trabalha com duas ordens de temporalidade: a época constitucional e o período compreendido entre 1998 e 2001. Como recurso metodológico utiliza o esquema de cooperação textual de Umberto Eco, que permite entender o processo de atualização dos discursos a partir dos artifícios interativos entre o autor e o leitor. Essa dinâmica explica a preocupação com os eixos argumentativos, que são necessários para a construção de uma nova hegemonia na área da saúde. Explicita os interesses e as propostas em curso e aponta as racionalidades que presidem a construção dos discursos sobre o direito à saúde a partir de dois eixos analíticos. O primeiro, relacionado aos princípios ético-políticos, que instituem novas contratualidades entre o governo, as organizações da sociedade civil e a família. O segundo eixo, que aponta os argumentos e as propostas que incidem sobre a organização do sistema, envolvendo a gestão, o financiamento e o modelo de atenção à saúde. As matrizes discursivas do Ministério de Saúde e da ABRAMGE sinalizam para uma alteração do Sistema Único de Saúde em suas diretrizes centrais e redução visível da esfera pública. Constataram-se fortes indícios da reversão do modelo de Estado de Bem Estar institucional-redistributivo, pactuado na Constituição de 1988, para um modelo conservador de bem estar, sinalizando para o retorno ao padrão residual de proteção social. Identificou-se a tendência da remercantilização dos cuidados médicos individuais e a sensível redução da esfera pública. O discurso da Pastoral da Saúde e da CNTSS/CUT reiteram o compromisso original do SUS, com críticas severas ao trato da saúde como um produto mercantil e com a reduzida ênfase no controle social. Veiculam os conteúdos que apontam para um sistema único de saúde, igualitário e universal, como um direito de todos e um dever do Estado.

Palavras-chave – direito à saúde, *Welfare State*, sistema único de saúde, reforma do Estado, agenda pública.

THE RIGHT TO HEALTH IN THE REFORM OF THE BRAZILIAN STATE: BUILDING A NEW AGENDA.

ABSTRACT

This study analyses the Constitutional concept of the right to health care and the current discourse of political actors involved in this sector, indicating the divergences and identities in the discourse patterns of the *Ministério da Saúde* (Ministry of Health), the *Associação Brasileira de Medicina de Grupo* (Brazilian Association of Group Medicine), the *Pastoral da Saúde* (Catholic Church Organisation for Health) and the *Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança Social* (National Union of Social Security Workers) (CUT – CNTSS/CUT). It argues that there have been alterations in the lines of direction of the health system due to supplementary reforms following the process of reformation of the Brazilian State which occurred in the 1990s. The theoretical approach sustains that social rights are correlated to an active citizenship and derive from a public sphere that makes it possible to democratically negotiate the agendas. Social rights, e.g. the right to health care, besides being legal guarantees, are also expressions of how social relations structure themselves and influence the real concrete existence in the life-world. In order to retrieve the similarities and discrepancies between the conceptions of the right to health care, we work with two time-orders: the Constitutional period and the period between 1998 and 2001. As a methodological resource, we use Umberto Eco's scheme of textual cooperation, which allows one to comprehend the process of updating discourses from the interaction between author and reader. This dynamics accounts for the importance of the main lines of argumentation which are necessary to the construction of a new hegemony in the health sector. It emphasises the current interests and proposals and presents the rationale which founds the discourses on the right to health care according to two analytical streams. The first is related to ethic-political principles which establish new contracts between government, organisations of the civil society and families. The second points out the arguments and proposals which relate to the organisation of the system and involve its management, financing and health care model. The discourse patterns of the Ministry of Health of the ABRAMGE indicate an alteration in the main lines of direction of the *Sistema Único de Saúde* (Unified Health System) and a visible reduction of the public sphere. There is strong evidence of a reversion from the institutional-redistributive model of Welfare State, established in the 1988 Constitution, to a conservative model of welfare and consequently a residual pattern of social protection. A tendency to merchandise individual medical care is also noticeable, as well as a sensible reduction of the public sphere. The discourse of the *Pastoral da Saúde* and the CNTSS/CUT reaffirms the original commitment of the SUS and fiercely criticises the idea of health care as a mercantile product with little emphasis on social control. It points to a unified, egalitarian and universal system of health care as a right of the people and a duty of the State.

Keywords – right to health care, Welfare State, unified system of health care, reformation of the State, public agenda.

EL DERECHO A LA SALUD EN LA REFORMA DEL ESTADO BRASILERO: CONSTRUYENDO UNA NUEVA AGENDA

RESUMEN

Este estudio analiza la concepción constitucional del derecho a la salud y el discurso actual de los sujetos políticos involucrados con el sector salud en Brasil. Se pretende poner en evidencia las divergencias y las identidades existentes entre las matrices discursivas del Ministerio de Salud, de la Asociación Brasileira de Medicina de Grupo, de la Pastoral de la Salud y de la confederación Nacional de los Trabajadores en Seguridad Social – Central Unica de los Trabajadores - CNTSS/CUT. Defiende la tesis de que vienen ocurriendo cambios en los fundamentos del sistema de salud, a través de reformas incrementales que derivan del proceso de reforma del Estado brasileiro, originado en la década de 1990. De acuerdo con la perspectiva teórica asumida, se entiende que los derechos sociales están vinculados a una ciudadanía activa y provienen de la existencia de una esfera pública que torne viable la construcción de agendas democráticamente pactadas. Además de proporcionar garantías legales, los derechos sociales - y, entre ellos, el derecho a la salud - constituyen una expresión de cómo se estructuran las relaciones sociales y de cómo influyen la existencia real y concreta en el mundo de la vida. Con la finalidad de rescatar las semejanzas y las discrepancias entre las concepciones de derecho a la salud, se trabaja con dos órdenes temporales: la época constitucional y el período comprendido entre 1998 y 2001. Como recurso metodológico se utiliza el esquema de cooperación textual de Umberto Eco, el cual permite entender el proceso de actualización de los discursos. Se explicitan también los intereses y las propuestas en curso, y se identifican las racionalidades que presiden la construcción de los discursos sobre el derecho a la salud, a partir de dos ejes analíticos. El primero, se relaciona con los principios ético-políticos que instituyen nuevas contractualidades entre el gobierno, las organizaciones de la sociedad civil y la familia. El segundo eje registra los argumentos y las propuestas que inciden en la organización del sistema, involucrando la gestión, el financiamiento y el modelo de atención a la salud. Las matrices discursivas del Ministerio de Salud y de la ABRAMBE apuntan hacia una transformación del Sistema Único de Salud (SUS) en sus orientaciones centrales, así como a una reducción visible de la esfera pública. Se constataron fuertes indicios de reversión del modelo de Estado de Bienestar institucional-redistributivo, pactado en la Constitución de 1988 y su reorientación hacia un modelo conservador de bienestar, lo que indica el retorno a la pauta residual de protección social. Asimismo, se identificó la tendencia a la re-mercantilización de los cuidados médicos individuales y la sensible reducción de la esfera pública. Los discursos de la Pastoral de la Salud y de la CNTSS/CUT reiteran el compromiso original del SUS, con críticas al tratamiento de la salud como mercancía y como ámbito que sería objeto de reducido control social. Esos discursos transportan, por el contrario, contenidos que apuntan hacia un sistema único de salud, igualitario y universal, como un derecho de todos y un deber del Estado.

Palabras-clave - derecho a la salud, *welfare state*, sistema único de salud, reforma de Estado, agenda pública.

SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO</u>	14
<u>1 FUNDAMENTOS E TENDÊNCIAS DOS ATUAIS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL</u>	29
1.1 O ESTADO DE BEM ESTAR: CONSTITUIÇÃO E CONSOLIDAÇÃO	30
1.2 PARTICULARIDADES, TIPOLOGIAS E REGIMES DE BEM ESTAR	46
1.3 O ESTADO DE BEM ESTAR NAS ECONOMIAS PÓS-INDUSTRIAIS	53
<u>2 A CIDADANIA SOCIAL NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA</u>	69
2.1 OLHARES DIVERSOS SOBRE OS DIREITOS SOCIAIS	69
2.2 O DIREITO À SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	86
2.3 AJUSTES ESTRUTURAIS E A TRANSIÇÃO DE PARADIGMAS NO SETOR SAÚDE	100
<u>3 CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO</u>	117
3.1 INDICAÇÕES TEÓRICAS SOBRE OS PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	119
3.2 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	130
<u>4 O DIREITO À SAÚDE E A AGENDA POLÍTICA BRASILEIRA NO PERÍODO CONSTITUCIONAL DOS ANOS 1980</u>	142
4.1 ATORES E AGENDAS POLÍTICAS NO PERÍODO CONSTITUCIONAL	142
4.2 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988	151
<u>5 REFORMAS INCREMENTAIS E DIREITO À SAÚDE: A ATUALIZAÇÃO DOS DISCURSOS E DAS AGENDAS POLÍTICAS</u>	165
5.1 O REDIRECIONAMENTO DA AÇÃO PÚBLICA E DO SETOR PRIVADO	165
5.2 O REENQUADRAMENTO DA SOCIEDADE CIVIL	178
5.3 UMA ESFERA PÚBLICA EM PERIGO	194
5.4 O RETORNO DA FAMÍLIA NAS REFORMAS INCREMENTAIS DO SETOR SAÚDE	206

<u>6 REFORMAS INCREMENTAIS E DIREITO À SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO</u>	<u>218</u>
6.1 O SETOR PÚBLICO E OS MODELOS REGULATÓRIOS NO SETOR SAÚDE	218
6.2 A RELAÇÃO ENTRE O SETOR PÚBLICO E PRIVADO – QUESTÕES JURÍDICAS E POLÍTICAS	231
6.3 A AGENDA POLÍTICA E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL	240
6.4 TENDÊNCIAS NA GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	259
6.5 O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E A POLISSEMIA DA EQUIDADE	273
<u>7 O DIREITO À SAÚDE E A REFORMA DO ESTADO: A IMPOSIÇÃO DE UMA NOVA AGENDA</u>	<u>292</u>
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>307</u>
<u>FONTES DE PESQUISA</u>	<u>328</u>
<u>ANEXO</u>	<u>338</u>

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e Caribe

CES – Conselho Estadual de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNTSS – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CS – Conselho de Saúde

CUT – Central Única dos Trabalhadores

EFU – Encargos Financeiros da União

EPU – Encargos Previdenciários da União

FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador

FEF – Fundo de Estabilização Fiscal

FES – Fundo Estadual de Saúde

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

ICSW - International Council of Social Welfare

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MS – Ministério da Saúde

NEPP – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas

OAS – Organizações Articuladoras

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OS – Organizações Sociais

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPA – Plano Plurianual

PS – Pastoral da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIVIRE – Sistema de Visibilidade de Receita da União

SUS - Sistema Único de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

INTRODUÇÃO

Este estudo situa-se no eixo dos debates que vêm ocorrendo no país sobre o direito à saúde, especialmente após a Constituição promulgada em 1988, quando a saúde passa a ser considerada um "direito do cidadão e dever do Estado". Analisa as alterações ocorridas no discurso¹ das elites governamentais e de representantes da sociedade civil ligados ao setor saúde sobre tal dispositivo constitucional, no final da década de 1990.

A Constituição brasileira situa a saúde como um direito universal, um direito de cidadania social, garantido, portanto, através de políticas públicas, compondo, com a assistência e a previdência, o Sistema Nacional de Seguridade Social

Integrando esse Sistema, os serviços de saúde seguem as diretrizes de universalização, descentralização, de financiamento equitativo, de comando único em cada esfera de governo, de atendimento integral e de participação comunitária, que podem ser considerados os elementos institucionais e organizacionais que viabilizarão a concepção de direito aprovada pela Assembléia Nacional Constituinte.

A minha tese é que vem ocorrendo um hiato, uma distância, entre o que está inscrito na Constituição e os discursos e as propostas governamentais² a partir de meados da década de 1990. Estes parecem sinalizar para a construção de um novo consenso, em que o direito à saúde deixa de ser um valor, para subordinar-se a uma ética instrumental. Essa transposição de paradigmas é encontrada, igualmente, no plano internacional, consoante a indicação de Berlinguer (1993), ao discutir o direito à vida e a ética na saúde, no início dos anos 1990. Tal racionalidade opera por meio de medidas, tanto do lado da oferta (através do controle orçamentário, limitações na oferta de serviços – cestas básicas, criação de alternativas para internação hospitalar e focalização dos usuários), como da demanda (estabelecimento de carências e de franquias, recuperação de custos e co-pagamentos, subsídios à demanda, mudanças nas formas de transferências financeiras, valorização de medidas de fomento e prevenção para reduzir custos). Pretendi estudar as possíveis rupturas entre a concepção constitucional do direito à saúde e o atual discurso dos sujeitos políticos, em relação à atenção à saúde no Brasil. Ou seja, quais as alterações no ideário dos representantes governamentais e da sociedade civil, vinculados ao setor saúde, sobre tal dispositivo constitucional, sinalizam ou traduzem uma alteração do Sistema Único de Saúde, SUS, em suas diretrizes centrais?

¹ O termo discurso é usado como capaz de produzir um efeito de sentido no processo de interlocução (Brandão, s/d), podendo ser estudado em documentos escritos e pronunciamentos.

² Entre as propostas, destacam-se, entre outras, o Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Reforço à Implantação do SUS (REFORSUS).

Essas alterações vêm favorecendo a ampliação de um novo consenso³ em relação ao direito à saúde e influenciando a definição de agendas políticas⁴ nacionais para o setor? Buscou-se conhecer, assim, quais as bases discursivas que detêm a possibilidade de construção de um novo pensamento hegemônico, verificando se tais discursos apontam, ou não, para um corte com o texto legal, em relação ao direito à saúde.

A tematização desse objeto relaciona-se a categorias estreitamente imbricadas e com interfaces articuladas, essenciais para a compreensão das conformações futuras da atenção à saúde na sociedade capitalista brasileira contemporânea: modelo de proteção social, direito social, reforma do Estado e agenda política nacional. Parte-se do suposto que as categorias indicadas são entendidas a partir da dinâmica da sociedade, não sendo possível sua apreensão, e conseqüente análise, isolada dos movimentos dos sujeitos políticos e da materialidade conferida aos direitos sociais. Essa posição, como aponta Telles (1994a, p. 91), significa que “os direitos são aqui tomados como práticas, discursos e valores que afetam o modo como desigualdades e diferenças são figuradas no cenário público, como os interesses se expressam e os conflitos se realizam”.

Reconhecendo as diversas abordagens sobre os direitos sociais, convém esclarecer que a direção teórica e política assumida neste trabalho os apreendem como vinculados a uma cidadania ativa, como uma constante luta contra qualquer constrangimento que impeça seu exercido ou, no dizer de Oliveira (2002), a garantia de uma autonomia plena. Essa autonomia não ocorre em um vazio ou em um espaço virtual, conforme colocado na teoria jurídica clássica, mas em situações cotidianas e reais. Não os apreende a partir de uma *ficção jurídica*, mas fugindo, portanto, de um *ideal* de direito social que não se identifica no plano concreto, o que possibilita obscurecer qualquer crítica sobre sua não-garantia, reduzindo seu potencial

³ Consenso é usado na perspectiva gramsciana, como uma das estratégias necessárias para a construção da hegemonia. De acordo com Coutinho (1989, p.55), “numa sociedade cujos atores políticos são constituídos a partir de múltiplos interesses, sempre postos em discussão e em confronto, assume um peso cada vez maior, na relação entre governantes e governados – ou, se quisermos, entre Estado e sociedade -, a busca de relações de consenso. Quando o Estado representa interesses de uma única e reduzida classe, é normal que use a coerção para impor esses interesses ao conjunto da sociedade; nesse caso, o consenso ocupa um lugar subalterno. Ao contrário, quando a sociedade civil cresce, o consenso passa a ter um peso decisivo na obtenção do aval para que um determinado interesse (ou grupo de interesses) se torne capaz de influenciar na formulação de políticas, ganhando legitimidade”.

⁴ O termo agenda “é usado como a capacidade de definir propostas e temas significativos a serem apreciados e inscritos como resultante futura de políticas de governo” (Costa, 1997, p.1). A agenda política explicita o maior ou menor grau de concessão aos interesses da classe ou grupo sobre o qual se quer exercer hegemonia em uma ordem política liberal-democrática. É importante lembrar que, mesmo representando interesses plurais, sempre será um Estado capitalista, isto é, atuando no sentido da manutenção de uma esfera econômica *privada*, fora do alcance da esfera pública, utilizando os critérios de seletividade estrutural para garantir esse propósito.

político de transformação da ordem social. Essa forma de apreensão exige que o movimento analítico se faça partindo de efeitos concretos no âmbito das políticas públicas, construídas a partir das agendas políticas. Nesse sentido, o reconhecimento dos interesses presentes e das diretrizes e programáticas sugeridas ou implementadas pelo governo indica o significado dos direitos sociais em cada situação conjuntural.

Além das garantias jurídicas formais, os direitos expressam formas de relação, uma “forma de sociabilidade regida pelo reconhecimento do outro como sujeito de interesses válidos, valores pertinentes e demandas legítimas” (TELLES, 1994a, p. 92), transitando entre o plano dos valores e da materialidade efetiva, saindo do plano virtual ou formal e alcançando uma realização cotidiana que exprime os valores definidos *ex-ante*. Essa definição ocorre em espaços públicos, onde os contratos entre os interesses divergentes são traduzidos, democraticamente, em consensos relativos que devem ser objetivados em práticas concretas. Assim, a pretensão analítica requer, na abordagem dos discursos, o resgate dos valores repassados e das práticas definidas para sua consecução.

A realização de um estudo anterior, com um recorte específico sobre o direito à saúde e a ampliação política do espaço público⁵, permitiu visualizar a importância de se identificar nos discursos dos sujeitos políticos as (re)significações pelas quais vem passando o tema.

A longa demora na aprovação da legislação complementar sobre a Seguridade Social⁶, após a promulgação da Constituição, em 1988, pareceu sinalizar o início de uma ofensiva governamental mais incisiva na redução dos direitos sociais, especialmente nos setores da saúde e da previdência. De acordo com vários autores⁷, tal posição se subordina às medidas de ajuste econômico e conseqüentes orientações normativas dos organismos internacionais para implementar o ajuste estrutural do Estado⁸, conforme ressaltam Tapia e Henrique (1997, p. 3):

⁵ “O direito à saúde e a ampliação política do espaço público”, pesquisa realizada com a Professora Ivete Simionatto, de março de 1996 a dezembro de 1997, junto ao Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina.

⁶ A Seguridade Social é, aqui, apreendida como um conjunto diversificado de políticas sociais governamentais, estendida aos cidadãos, com caráter de universalidade, cobertura ampla e acesso generalizado, enquanto proteção social na linha de direitos sociais. O discurso da universalidade dos direitos vai se conformando particularmente em cada país, expressando as formas de práticas, discursos e valores que se constroem na trama das forças sociais.

⁷ Entre os mesmos, pode-se identificar Rizzotto (2000), Soares (1999), Almeida (1997), Costa (1998) Diniz (1994) e Fiori (1995a).

⁸ A expressão ajuste estrutural inclui um conjunto de políticas que incluem a estabilização macroeconômica, a normalização da política monetária e fiscal, a liberação e desregulamentação dos mercados de bens e capital e a privatização de empresas estatais. Tais medidas visam impulsionar as reformas orientadas para o mercado.

o debate recente sobre as políticas sociais e seu reordenamento na América Latina tem sido crescentemente dominado por questões associadas à: - adequação do gasto e do seu financiamento às necessidades de ajuste fiscal e obtenção da competitividade internacional; - formação de uma força de trabalho adequada aos novos requisitos da organização econômica; - necessidade de atendimento público prioritário às camadas pobres.

Deve-se ressaltar que a agenda política e a agenda governamental⁹ são afetadas por dois fatores. Um deles, são os participantes ativos e os processos que determinam a relevância de alguns eventos. Outro, são os itens que chamam a atenção devido a uma tripla determinação: os eventos dramáticos ou crise, a presença de indicadores sobre o item e a acumulação de informação ou a presença de especialistas ou comunidades epistêmicas¹⁰. No setor saúde, as agendas política e governamental têm sido profundamente afetadas pela crise, pela presença de indicadores e pelos especialistas.

Em relação à crise, tem-se um duplo vetor, um exógeno e outro endógeno. De um lado, a crise econômica nacional e internacional; de outro, as debilidades do setor de saúde em si, com a presença de indicadores que expressam a sua ineficiência, ineficácia e iniquidade, e de outro, a presença de especialistas relacionados à área. Estes não são vinculados unicamente à área da saúde, mas integrantes dos organismos multilaterais de financiamento e de fomento ao desenvolvimento, que, devido às mudanças no cenário econômico mundial, buscam implementar medidas de ajustes estruturais, nos países periféricos, que afetam toda a sociedade (VIANNA, 1998).

Nesse sentido, pode-se avaliar como paradigmáticos os documentos do Banco Mundial¹¹, publicados em 1993 e em 1997, que sinalizam para a diminuição do papel do Estado e a ampliação do papel do mercado no financiamento e implementação de serviços de saúde¹².

⁹ Agenda política é definida como a lista de assuntos que serão decididos, e agenda governamental como os assuntos que merecem a atenção do governo (VIANA, 1988, p. 7).

¹⁰ Comunidades epistêmicas se referem aos grupos de especialistas que, com “forte ancoragem no conhecimento técnico-científico”, influenciam a produção de consensos como “base para coordenação de políticas na área internacional por agências multilaterais” (COSTA, 1996, p.35).

¹¹ Segundo Costa (1996), nas reformas sanitárias, as orientações para o mercado têm origem nas repercussões dos gastos em saúde nos países centrais, posteriormente divulgadas e impostas aos países periféricos, também no sentido de racionalizar gastos.

¹² Essas normatizações são condicionantes para a cooperação financeira, as quais, no entanto, não são adotadas, *in limine* pelos Estados Nacionais. As opções políticas são definidas em função de variáveis diversificadas, entre as quais a sua situação de hegemonia, governabilidade, grau de risco das demandas e potenciais de resposta da sociedade civil.

Tornava-se necessário assim remodelar não só o Estado, mas as suas formas de relação com a sociedade civil¹³, atribuindo-lhe novas funções nos processos econômicos e sociais em curso no país. Por essa razão, a remodelação do Estado brasileiro e as novas configurações da sociedade civil têm sido, desde os anos 1980, acentuando-se na década de 1990, focos centrais do debate sobre as políticas governamentais, especialmente na área social, na grande mídia e em segmentos influentes do pensamento político, financeiro e do empresariado nacional.

As orientações contidas no Plano Diretor da Reforma do Estado (1995) não deixam dúvidas quanto ao novo perfil estatal que o governo brasileiro pretendia e vem conseguindo construir. O presidente Fernando Henrique Cardoso, imediatamente após sua posse, no primeiro mandato, em 1994, instituiu o Conselho da Reforma do Estado, órgão assessor da Presidência da República para encaminhar a alteração desejada. O investimento na busca da remodelação teve como matriz orientadora o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), e como respaldo político o Conselho da Reforma. Envolveu a ampliação da discussão sobre o tema e a formação de um consenso favorável a tais mudanças junto às elites políticas e econômicas do país. Destaca-se, nesse processo, em maio de 1998, a realização do Seminário Internacional sobre Sociedade e Reforma do Estado, que contou com a participação de reconhecidos cientistas políticos e economistas de renome nacional e internacional. Na intenção de obter o respaldo internacional, o MARE organizou também no mesmo ano, um Seminário semelhante em Londres.

Os debates disseminados pelos partidários de uma revisão do Estado, na perspectiva de internacionalização da economia brasileira, enfatizam a idéia de que os componentes ou pressupostos básicos para sua refuncionalização, na direção da globalização, são quatro: redução de tamanho e de funções, pelas vias da privatização, terceirização e *publicização*; redução do grau de interferência estatal, repassando a função reguladora em favor de mecanismos de controle via mercado; aumento da governança e retorno da governabilidade, com o aperfeiçoamento da democracia representativa; e expansão do controle social (BRESSER PEREIRA, 1998).

Bresser Pereira (1997a, 1997b, 1998), ex-ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, indica, explicitamente, quais são as reformas necessárias ao Estado brasileiro:

¹³ A sociedade civil é entendida enquanto o lugar, espaço de articulação e organização de interesses em confronto, teia de relações onde se organizam e reorganizam instituições e se constroem os consensos e as ideologias, "é o lugar onde se tornam conscientes os conflitos e as contradições" (SIMIONATTO, 1995, p. 66).

- a. reforma fiscal do Estado;
- b. inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais;
- c. reforma da previdência;
- d. reforma da própria estratégia de desenvolvimento econômico e social do Estado, privilegiando o papel do mercado e a articulação do Estado com a sociedade civil na resolução das desigualdades sociais;
- e. reforma do aparelho do Estado e sua burocracia, otimizando a capacidade de implementar as políticas públicas de forma eficiente.

O Plano Diretor da Reforma do Estado define os quatro setores de atuação estatal, detalhando seus níveis executivos e suas competências. O primeiro nível é o *Núcleo Estratégico*, no qual se situa o poder central do governo, com uma densa competência pública (*formulação* das políticas públicas e *formulação e garantia* do cumprimento das leis), abrangendo o poder Legislativo, Judiciário, Ministério Público, Presidência da República e Ministérios. O segundo nível se refere às *Atividades Exclusivas*, ou seja, aquelas que não podem ser delegadas a outras instâncias que não às estatais, conformando-se como as atividades de fiscalização, fomento e regulamentação. O terceiro nível é o dos *Serviços Não Exclusivos*, que, como o nome indica, são atividades que podem ser transferidas para outras instâncias executivas que não as de caráter público. O quarto, e último nível, é o de *Produção de Bens e Serviços para o Mercado*, constituído pelas empresas lucrativas, que produzem bens e serviços que exigem uma regulamentação estatal para garantir um abastecimento efetivo.

O ex-ministro propõe uma nova maneira de organizar e gerenciar os serviços públicos, por meio das organizações públicas não estatais. Enfatiza que o Estado, que se consolidará após a crise, não deixará de ser um Estado Social, mas não será mais um Estado Burocrático. Denomina o novo Estado de Social-Liberal, que protegerá os direitos sociais de forma competitiva, tornando a sociedade mais desenvolvida e menos injusta. Indica ainda que o Estado, ao se desviar de suas funções, prejudica os mais pobres. Retoma o discurso da modernidade, e pela via do planejamento, reintroduz os conceitos de administração gerencial, eficiência e descentralização (BRESSER PEREIRA, 1997a).

Categoricamente, afirma que não cabe mais ao Estado o papel de promotor e executor do desenvolvimento econômico e social, mas o de regulador do processo do desenvolvimento,

garantindo os objetivos sociais de igualdade e justiça. No plano econômico, a função estatal é a de ser o

instrumento de “transferências de renda”, via cobrança de impostos, e não a de desenvolver atividades que seriam próprias da iniciativa privada. Reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado (BRESSER PEREIRA, 1997a, p.17).

Indica, explicitamente, que há que se organizar um novo consenso, uma nova hegemonia, de cunho liberal, voltada aos interesses particulares, não os coletivos, para instaurar e garantir esse novo enfoque aos direitos sociais, voltados agora não mais para a sociedade, mas para o mercado:

há que se desconstruir o discurso que direciona os direitos voltados para uma democracia social, entendida enquanto possibilidade de democratização efetiva de bens e serviços, ainda que nos marcos do sistema capitalista de produção e reprodução social e reconstruí-lo na ótica do cidadão consumidor (BRESSER PEREIRA, 1997a, p. 19).

O discurso ministerial, sinalizando a posição dos grupos de sustentação governista, afirma a necessidade de um Estado forte para cumprir as funções reguladoras em uma economia de mercado. O ex-ministro tece críticas ao Estado de Bem Estar, que considera estar em vigor no Brasil, especialmente quanto ao papel das entidades representativas de interesses, que, segundo ele, se apoderaram do poder estatal, tornando-o o que ele denomina de Estado Social - Burocrático.

Como bem enfatizam Costa e Ribeiro (2002), o cenário de uma redefinição de paradigmas é o quadro do debate sobre a Reforma do Estado, com novas interpretações sobre o papel e funções do Estado. Não cabe mais o paradigma que vigorou no pós-guerra, de orientação para o *Welfare State*. O modelo que vem sendo imposto orienta-se para o mercado, como se depreende da afirmação dos autores:

a orientação para o mercado encontrou, durante os anos 1970 e 1990, condições extremamente favoráveis de crescimento graças à construção da percepção, entre as elites políticas e profissionais, sobre o esgotamento dos instrumentos do keynesianismo para a solução do dilema desenvolvimento ou redistribuição (COSTA, RIBEIRO, 2002).

Há um relativo consenso entre os analistas de perfil mais progressista ou crítico de que os processos sócio-políticos, vivenciados nos anos de 1990, conduzem à fragilização dos direitos sociais recém conquistados, destroem a incipiente construção de um Estado de Bem

Estar no país e apontam para uma nova agenda pública nas áreas sociais. Para entender essa alteração, em seu aspecto global, é necessário reconhecer que os processos que a determinam não são contínuos e lineares, mas envolvem descontinuidades e rupturas que redefinem a manutenção dos Estados democráticos capitalistas.

A posição analítica assumida aborda os direitos sociais e sua forma de implementação pelo Estado, não apenas pelo eixo político, mas entendendo a sua estreita e forte relação com o movimento da economia, com as formas de produção e apropriação de bens e serviços e os conseqüentes reflexos na ordem jurídico-institucional.

Atualmente, os itens do ideário proposto pela Reforma Sanitária, na década de 1980, parecem cada vez mais distantes da realidade cotidiana da maioria da população brasileira. Como relata Maria Lúcia Werneck Vianna (1998, p. 12), o sucesso de toda a movimentação da sociedade civil e política brasileira “inscreveu-se no ‘ótimo abstrato’ que a realidade, a seguir, distanciou mais ainda do ‘péssimo concreto’ em que submerge a população de baixa renda”.

Os representantes da sociedade civil, especialmente dos segmentos populares, aparentemente, não vêm conseguindo inscrever suas demandas nas agendas públicas, o que ocasiona o paulatino descrédito quanto à possibilidade de uma contratualidade diferenciada entre os sujeitos políticos, permanecendo a esfera estatal como único espaço de decisões políticas. Parece difícil, no início dos anos 2000, mas ainda não impossível,

o desafio de construir espaços de interlocução entre sujeitos sociais que imprimam níveis crescentes de publicização no âmbito da sociedade política e da sociedade civil, no sentido da criação de uma nova ordem democrática valorizadora da universalização dos direitos de cidadania (RAICHELIS, 1998, p. 26).

As razões de tal inflexão podem ser encontradas no trânsito entre a promulgação da Constituição de 1988 e da aprovação das Leis 8080 e 8142, que regulamentam a atenção à saúde no país. Ocorreu o aguçamento da crise brasileira¹⁴, com as conseqüentes implicações nos planos ético, político e econômico. Essa crise vem (re)significando os processos reais vividos pela sociedade na última década, alterando formas de organização da vida social,

¹⁴ O termo crise brasileira compreende o contexto social, econômico e político do país nos anos 1980 e 1990. É a evidência de uma crise mais global do capitalismo, que ocasionou uma recessão em larga escala nos países periféricos, provocando, entre outras conseqüências, o aumento desmedido do desemprego estrutural, uma crise fiscal e de governabilidade do Estado e a ampliação da exclusão e da desigualdade social.

esvaindo-se antigos padrões de sociabilidade com uma pluralidade intensa de interesses e demandas, os quais são, em grande parte, antagônicos e diferenciados, evidenciando uma crise que se projeta tanto no interior das instituições e serviços públicos quanto na desestruturação de “referências identitárias” que interferem na regulação da vida em sociedade (SIMIONATTO, NOGUEIRA, 1996, p. 18).

A crise brasileira é o desdobramento de uma crise econômica mais ampla, ocorrida nos países do Ocidente desenvolvido, provocada pela redução nas taxas de acumulação do capital, levando ao esgotamento do pacto keynesiano, que perdurou de entre meados de 1940 até os anos 1970. Como estratégia para retomada do crescimento econômico, as agências multilaterais de financiamento propõem, aos países do bloco ocidental, um ajuste estrutural com significativa abrangência econômica, política e administrativa.

Assim, a partir de 1995, além de outras reformas, institui-se no país o que tem sido chamado de reformas incrementais na saúde¹⁵, com modificações graduais e pequenos ajustes sucessivos, que vêm alterando, lentamente, o desenho original do SUS.

Algumas das sugestões do Banco Mundial foram encampadas na década de 1990. Rizzotto (2000, p. 237) evidencia que as interferências externas na definição das políticas nacionais ocorrem

não como uma relação mecânica de fora para dentro, mas como o resultado de uma conciliação de interesses, em última instância econômico, entre setores nacionais e internacionais, envolvendo o campo público e o privado, que em muitas situações não mais se distinguem.

Exemplos da adesão às proposições do Banco Mundial podem ser o Programa Saúde da Família e algumas modalidades de financiamento, entre eles o Piso de Atenção Básica. Estes vêm sendo apontados, por alguns analistas, como desvios das diretrizes do SUS, na medida que selecionam os usuários e garantem apenas uma cesta básica de atenção à saúde, colocando por terra o princípio da universalidade e da equidade (RIZZOTTO, 2000).

O Banco Mundial¹⁶ não é a única agência multilateral que vem influenciando a agenda das reformas estruturais na América Latina, apontando para a oportunidade de um sistema

¹⁵ O termo *reforma da reforma* também tem sido utilizado para designar esse processo de transformação *gradual e segura* nos sistemas de saúde, situação que decorre de três fatores: redução da capacidade financeira ou vontade política dos Estados para arcar com os custos do sistema, despesas crescentes e quebra das bases da solidariedade próprias do *Welfare State*. O termo *gradual e seguro* é utilizado pelo Banco Mundial e tem o mesmo sentido de reformas incrementais (LAFORGIA, 2002).

¹⁶ A influência do Banco Mundial na determinação das políticas de saúde nacionais e sua expansão como matriz hegemônica internacional na área vêm sendo objeto de estudos recentes, entre os quais se destacam os de Costa

misto e plural de atenção à saúde. A Organização Mundial de Saúde, a partir de 1994, juntamente com a Comissão Econômica para América Latina e Caribe, CEPAL, formula um documento, associando reestruturação produtiva, saúde e equidade. Anuncia novas funções para o Estado, acentua seu papel de coordenador do processo de desenvolvimento e a possibilidade conveniente da parceria entre o setor público e privado¹⁷. A decisão de mobilizar os recursos do setor privado, além das organizações não governamentais, aconteceu na assembléia da Organização em 1993 (BUSE, WAXMAN, 2001).

Os partidos políticos de esquerda, a Central Única dos Trabalhadores - CUT, algumas associações e movimentos populares e uma parcela de estudiosos do setor saúde, afirmam que o fato de constar na Constituição que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, é um empecilho ao avanço das propostas de ajustes incidentes sobre a área. Evidenciando a afirmativa, observam que, em 1996, o Poder Executivo submeteu à apreciação do Congresso Nacional uma Proposta de Emenda Constitucional ao artigo 196, complementando-o - a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, *nos termos da lei*. A proposição foi rejeitada.

Mesmo não tendo ocorrido uma contraposição direta sobre as questões legais da Constituição de 1988, no discurso das elites governamentais, na prática, certos encaminhamentos sugerem uma flexibilização dos direitos, o que vem ocorrendo no plano infraconstitucional. Esses atos foram tomados pelo Ministério da Saúde por meio de portarias ministeriais e alguns programas, como os nomeados anteriormente.

Verifica-se, entre outras sinalizações, a definição de opções para implantação de programas em áreas de risco social; a forma de financiamento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, estabelecendo o que se poderia denominar de *cesta básica de serviços e ações de saúde*; e, a progressiva e sutil desqualificação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, enquanto instâncias definidoras de diretrizes de atenção à saúde ou de controle social. Assim percebe-se indicações que sinalizam para a busca de alteração do que se entende por direito à saúde, conforme texto constitucional.

A reeleição do presidente Fernando Henrique Cardoso e o predomínio de grupos conservadores no governo parece configurar o cenário no qual se vem construindo a nova hegemonia. As agendas políticas para a área da saúde vêm incluindo temas que levariam à

(1996), Laurell (1995, 1998, 2000), Lima (1996), Marques e Mendes (2001), Rocha (1999) e Melo e Costa (1994).

¹⁷ O posicionamento da OPAS pode ser identificado, entre outros autores, em Marques e Mendes (2001a), e Buse e Waxman (2001).

construção de uma nova hegemonia, com argumentos sendo esgrimidos com maestria e competência.

A cultura da crise, a ameaça de uma degradação da situação social do país e as críticas aos altos custos das despesas de saúde¹⁸, parecem tecer o arcabouço favorável para a adesão a uma posição menos radical em relação ao direito à saúde. A assertiva de Costa e Ribeiro (2002) traduz a situação atual:

por isto se diz que este debate situa-se em cenário de difusão de agenda. Ele envolve disputas sobre as orientações para as funções do Estado; sobre sua estrutura organizacional e, principalmente, sobre o papel normatizador do mercado e seus agentes sobre a vida social como um todo.

Face à situação apontada, define-se, como objeto de estudo desta pesquisa, a concepção de direito à saúde que organizará, a partir do ano 2000, a política de saúde no Brasil.

Importa marcar que não se pretende realizar nem uma avaliação programática, nem um resgate das diretrizes políticas da década de 1990, fatos já estudados de forma competente por diversos autores. A preocupação é, tão somente, com os *topics*¹⁹ e as isotopias²⁰ que podem ser reconhecidas como possibilidades de construção de uma nova hegemonia, o que tal significa em termos de proteção social ou de concepção de direitos sociais, identificando, ainda, nas matrizes discursivas, quais são os dispositivos que oferecem materialidade as tais concepções.

Essas formulações iniciais determinaram a construção do presente objeto de investigação. Em síntese, parte-se da hipótese que, se os avanços conquistados não foram implementados integralmente, conforme proposta constitucional, também não foram, formal e explicitamente, negados pelos grupos que detêm a condução política do país. A proposta construída com base em conteúdos éticos e políticos determinados, que se tornou uma política pública constitucionalmente legalizada, vem sendo transformada, em face a alterações estruturais e conjunturais, adquirindo novos significados e proposições, alterando as visões

¹⁸ Contrariamente ao que indicam as críticas, os gastos com saúde em relação ao PIB, no Brasil, situam-se em patamares bastante reduzidos em relação a outros países, de acordo com estudo feito por Reis, Ribeiro e Piola (2001): França - 7,7%, Espanha - 5,8%, Inglaterra - 5,7%, Argentina - 4,3%, Cuba - 7,9% e Brasil - 3,2%. Os dados referem-se ao ano de 1995.

¹⁹ O uso do termo *topic* decorre da metodologia de tratamento do material empírico. Significa termos que levam à construção de isotopias.

²⁰ Isotopias são categorias que permitem, ao leitor, a atribuição de sentido a um texto.

sobre o papel desempenhado pelo Estado na atenção à saúde? Utilizando-se da classificação de Titmuss, apropriada por Draibe (1992) e Esping-Andersen (1991)²¹, para distinguir os modelos de intervenção²² do Estado na área social²³ - residual/liberal, meritocrático-particularista/conservador, institucional-redistributivista/social-democrata ou pós-industrial, poder-se-ia resgatar os elementos, que no dizer de Laurell (1995b), apontam para uma volta ao passado²⁴ ou para um futuro incerto? Na área da saúde, quais os aspectos, a partir dos discursos dos sujeitos políticos que evidenciam uma tendência de transposição do modelo institucional/redistributivista, que se buscava com a Constituição de 1988, para um modelo que se aproximaria do meritocrático-particularista/conservador, residual/liberal ou um possível pós-industrial dos trópicos? Essas foram as questões que permitiram a definição dos objetivos que nortearam o estudo

Definiu-se um *objetivo geral*, o de identificar as rupturas com a concepção constitucional do direito à saúde, que se expressam, no final dos anos 1990, nos discursos dos sujeitos políticos - representantes do governo e da sociedade civil - que vêm favorecendo o reordenamento da agenda pública do setor, no sentido da Reforma do Estado brasileiro. Os desdobramentos do objetivo geral levaram aos *objetivos específicos*, a saber: 1) resgatar os ideais relativos à saúde, assumidos na Constituição de 1988 e nas Leis 8080 e 8142, que apontam uma tendência de transição para um Estado de Bem-Estar Social, nos moldes institucional-redistributivo/social-democrata; 2) identificar as práticas discursivas dos representantes governamentais e da sociedade civil que vêm favorecendo a construção de um novo pensamento hegemônico na política de saúde do Brasil, com gradual abandono das propostas constitucionais.

²¹ Titmuss (apud DRAIBE, 1992) classifica os modelos de intervenção, relacionando-os com os níveis de ação institucional. Posteriormente, Esping-Andersen analisa a relação entre esses níveis e a orientação política que lhes deram origem, estabelecendo uma outra tipologia.

²² Cabe lembrar que não se encontra uma formação estatal que contenha todos os traços apontados nos modelos e pode-se, unicamente, identificar tendências predominantes. Deve-se recordar ainda que os modelos de intervenção se constituem em ferramentas heurísticas e não podem ser percebidos como arranjos mecânicos e previsíveis, visto que decorrem e exprimem a dinâmica contraditória das relações estabelecidas entre o Estado e a sociedade civil.

²³ A posição de Esping-Andersen é detalhada no capítulo 2.

²⁴ Para Asa Cristina Laurell (1998), as atuais formas de intervenção estatal de corte neoliberal, ao extinguir, reduzir e flexibilizar os direitos sociais, se aproximam dos modelos liberais de intervenção, característicos dos períodos iniciais da constituição do Estado moderno. Conforme indica Coutinho (1989), o pensamento liberal sempre se manifestou favoravelmente à garantia dos direitos civis e contrariamente à garantia do que se denomina, hoje, de direitos sociais, visto que implicaria em uma intervenção na esfera do livre mercado.

A mesma organização lógica determinada pela concepção teórica adotada em relação aos direitos sociais e a cidadania social, com todos os seus atributos e determinantes, orientou a apresentação dos resultados encontrados.

Conforme sempre necessário e oportuno em trabalhos acadêmicos, inicia-se com o registro das bases teóricas e metodológicas, que deram a devida sustentação analítica às categorias empíricas e, simultaneamente, se constituíram na moldura onde se enquadraram os resultados obtidos.

Apresentam-se, em um segundo momento, os valores, os discursos e as proposições programáticas que estiveram presentes na construção do Sistema Único de Saúde durante o período constitucional. Coloca-se em relevo os distintos interesses presentes e o novo ideal de cidadania social que se tornou hegemônico à época.

A análise das matrizes discursivas, que permitiu alcançar os objetivos propostos inicialmente, é ordenada segundo a mesma concepção teórica que norteou o estudo. Os direitos sociais situam-se como o foco central, em torno dos quais se estruturou o eixo da apresentação. Procurou-se mostrar como os novos paradigmas que orientam o setor saúde, em relação aos mesmos, se configuram na realidade atual, em termos de valores e propostas programáticas, evidenciando os diferentes olhares.

Por essa razão, salienta-se que a diversidade de temáticas que transitam entre o novo olhar sobre a sociedade civil, entre os valores e entre as propostas operacionais - que incluem o financiamento, a gestão e o modelo - têm, no direito social à saúde, o elemento articulador. Ainda que a posição analítica permeie todo o processo de construção do trabalho, na parte final, busca-se sumariar os resultados obtidos de forma mais crítica.

CAPÍTULO 1

1 FUNDAMENTOS E TENDÊNCIAS DOS ATUAIS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL

Os objetivos propostos para este trabalho, ao incluir como temática básica os direitos sociais e entre esses, o direito à saúde, exigiram uma revisão analítica sobre o sistema de proteção social²⁵ que foi sendo construído, internacionalmente, nas últimas décadas do século XIX e início do século XX, e que atribuiu ao Estado capitalista, paulatinamente, uma função interventiva e regulatória na área do bem-estar social. Esse novo papel do Estado gerou concepções distintas de direitos sociais e econômicos.

A ampliação funcional da ação do Estado ocorreu de forma diferenciada nos países de economias capitalistas e foi decorrente das múltiplas configurações que tomaram as relações entre o Estado e a Sociedade Civil. Identifica-se um traço comum, que pode ser percebido na aceitação, por parte dos trabalhadores, da apropriação privada dos meios e resultados da produção e, por parte dos detentores do capital, que concordaram com uma maior partilha de renda e recursos obtidos. Esse acordo firma o compromisso da democracia capitalista, com o Estado assumindo a função regulatória e o controle desse pacto.

Após um período de redução dos conflitos entre o capital e o trabalho, o compromisso perdeu sua força agregadora e, pelo contrário, tornou-se objeto de acirradas críticas, sendo questionado pelas elites capitalistas desde os meados de 1970. Por outro lado, a herança política democrática não pode ser abolida simplesmente, tendo em vista os ganhos da classe trabalhadora, apesar das críticas quanto à ineficácia e os limites para uma alteração radical no sistema capitalista, formulada por setores mais à esquerda do espectro político.

O Estado liberal-democrático²⁶, de meados do século XX, para manter sua legitimidade e hegemonia, face aos processos sociais e econômicos, viu-se obrigado a intervir cada vez mais nos processos de produção e reprodução da vida social, incorporando as

²⁵ Proteção social, conforme aponta Pereira (2000, p. 16), “é um conceito amplo que, desde meados do século XX, engloba a *seguridade social* (ou *segurança social*), o *asseguramento* ou *garantias* a seguridade e políticas sociais”. Seguridade social diz respeito a um arcabouço institucional programático de segurança contra os riscos da sociedade contemporânea e o asseguramento diz respeito às garantias e regulamentações legais que afirmam a seguridade como um direito. O Banco Mundial (1997) indica que proteção social se relaciona às ações encetadas para ajudar pessoas, grupos e comunidades a administrarem melhor os riscos e prestar maior apoio aos pobres. Compreende tanto marcos regulatórios legais como programas governamentais. José Luís Fiori (1995b) apresenta uma síntese elucidativa entre proteção social, política social e *Welfare State*.

²⁶ Deve-se atentar que, “mesmo o objetivo liberal de construir um ‘Estado limitado’ pode ser compreendido de duas formas distintas: o sentido liberal de limitação dos seus poderes (Estado de direito) ou o sentido liberista de limitação das suas funções (Estado mínimo)” (MONDAINI, 2002).

demandas e necessidades dos sujeitos políticos. Transforma-se, assim, em um Estado de Bem Estar, compatibilizando duas ordens de exigências, aparentemente contraditórias, que são as de garantir os direitos sociais aos seus integrantes e, ao mesmo tempo, a sobrevivência da expansão capitalista.

As assimetrias identificadas entre os diversos países, em relação aos direitos, são explicadas pelas diferenças culturais, históricas, políticas e econômicas que imprimem distintos padrões aos mecanismos de atenção social. Ainda assim, aspectos comuns podem ser identificados, estruturando explicações sobre o papel e a dinâmica do padrão dominante de proteção ao bem-estar nos países industriais avançados²⁷.

1.1 O Estado de Bem Estar: Constituição e Consolidação

O enunciado *Welfare State*, utilizado pelos países de fala inglesa para designar o Estado de Bem Estar²⁸ é bem mais recente que a expressão Estado-Providência. Esta última, segundo referência encontrada em Rosanvallon (1981), foi usada, em 1860, por Émile Ollivier, deputado republicano francês, ao criticar o aumento das atribuições do Estado, na esteira de uma concepção em voga na época que só reconhecia o interesse particular de cada indivíduo e o interesse geral, não havendo lugar para os incipientes interesses corporativos. Posteriormente, é retomada pelo economista Émile Laurent, que defendia um Estado “[...] erigido numa espécie de providência, preconizada como alternativa ao desenvolvimento de associações de previdência, que faria a mediação entre o interesse geral e o particular de cada indivíduo” (ROSANVALLON, 1981, p. 111). *Welfare State* foi uma expressão cunhada na década de 1940, ainda que a menção a *Welfare Policy* – Política de Bem-Estar – ocorra desde o início do século XX.

O Plano Beveridge²⁹, primeiro documento a marcar os princípios do *Welfare State*, sinalizou a independência entre necessidades e mercado, tendo imediata repercussão em

²⁷ Não se pretende uma exaustiva revisão, visto que a densidade do material já produzido é suficiente, não só para qualquer análise que se pretenda, como enfoca distintas abordagens. Entre os estudiosos que se debruçam sobre o tema, podemos encontrar no Brasil, entre outros autores, Sônia Draibe (1988, 1990), Elaine R. Behring (1998), Marta T.S. Arretche (1995), Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna (1998), José Luís Fiori (1995a), Marcos Coimbra (1987) e Ana Elizabete Mota (1995).

²⁸ Esping-Andersen (2000) estabelece as distinções entre Estado de Bem Estar e regimes de bem estar. Enquanto o primeiro é uma construção histórica centrada na redefinição dos papéis e funções do Estado – nação; por outro lado “se puede definir un régimen del bienestar como la forma conjunta e interdependiente em que se produce y distribuye el bienestar por parte del estado, el mercado y la familia (2000, p. 52).

²⁹ O Plano Beveridge surge do relatório elaborado por William Beveridge sobre o sistema britânico de segurança social, em 1942.

vários países, que passaram a organizar a sua política de segurança social com as características apontadas por Beveridge:

- é um sistema generalizado, que abrange o conjunto da população, seja qual for o seu estatuto de emprego ou o seu rendimento;
- é um sistema unificado e simples: uma quotização única abrange o conjunto dos riscos que podem causar privações do rendimento;
- é um sistema uniforme: as prestações são uniforme, seja qual for o rendimento dos interessados;
- é um sistema centralizado: preconiza uma reforma administrativa e a criação de um serviço público único (ROSANVALLON, 1981).

Foi na Alemanha³⁰ que surgiram os primeiros elementos da política social que desaguarão no Estado de Bem Estar moderno, como fruto da força crescente do partido social-democrata³¹. Esse crescimento, que preocupava sobremaneira o grupo no poder na época, foi alvo de intensa repressão. Os ataques violentos ao partido foram compensados com a instauração de uma política social que cobria alguns riscos do trabalho e da própria sobrevivência da classe trabalhadora. Até 1889, os trabalhadores alemães já contavam com o seguro-doença, proteção contra acidentes de trabalho e seguro velhice-invalidez.

As interpretações analíticas a respeito da lógica, da evolução e da dinâmica do *Welfare State* são inúmeras, e de distintas orientações teórico-metodológicas, além de incursionarem pelos planos da ética, filosofia, política, economia e direito, ou associarem linhas interdisciplinares.

O debate sobre a emergência, a consolidação e as contradições³² ou crise do *Welfare State* foi sistematizado, nos últimos anos, por autores que utilizaram formas e critérios diversos para tal empreitada.

³⁰ O termo alemão *Wohlfahrtsstaat* vem sendo usado desde a década de 1870, juntamente com o termo *Sozialstaat* que é, igualmente utilizado para denominar as reformas dos anos 1880, realizadas por Bismarck.

³¹ Segundo o marxista austro-alemão Heimann, citado por Esping-Andersen (1991, p. 89), as reformas conservadoras alemãs foram motivadas pelo desejo de reprimir a mobilização dos trabalhadores, mas tornaram-se contraditórias: “o equilíbrio do poder de classe altera-se fundamentalmente quando os trabalhadores desfrutam de direitos sociais, pois o salário social reduz a dependência do trabalhador em relação ao mercado e aos empregadores, e assim se transforma numa fonte potencial de poder”.

³² O termo contradição, ao se referir a um modo específico de produção, diz respeito à sua tendência inerente de destruir as pré-condições de sua sobrevivência, sendo que, nas palavras de Offe (1994, p. 19), “lo necesario se hace imposible y lo imposible se hace necesario”. Alerta, ainda, que o conceito de contradição não implica uma derrocada ou uma crise do sistema capitalista de produção.

Há entre os estudiosos do tema, especialmente os mais vinculados a uma tendência economicista, embora com reconhecidas divergências internas, uma relativa concordância interpretativa, no sentido que os programas sociais inclusivos, de cunho universalizante, foram colocados em marcha devido ao excedente econômico e ao grau de desenvolvimento tecnológico obtido com a industrialização, além das pressões políticas derivadas da expansão, em forma e conteúdo, das democracias capitalistas.

Arretche (1995), retomando a argumentação de Wilensky, observa que os crescimentos econômicos e demográficos explicam a emergência generalizada do *Welfare State* no mundo ocidental industrializado. Justifica seu posicionamento a partir da constatação que os padrões mínimos, sob fiança governamental, de renda, nutrição, saúde, habitação e educação, assegurados como direitos políticos, e não como caridade, para todos os habitantes do país, estão relacionados aos problemas e possibilidades advindos do processo de inovação industrial.

Problemas no sentido dos efeitos da industrialização sobre a população – estratificação social, processos inovadores de trabalho para segmentos que vêm da área rural, aumento da mão-de-obra feminina, etc. – vêm exigindo novos mecanismos de coesão e integração sociais. As possibilidades de sua implementação estão relacionadas ao excedente financeiro para sustentá-los e expandi-los, o que significa que a riqueza dos países levaria a uma similitude entre os mesmos em termos de cobertura da população e dos riscos (ARRETCHE, 1995). Assim, seriam irrelevantes os outros mecanismos na constituição do *Welfare State*.

Essa tendência, de forte matiz durkheimiana, atribui a emergência do Estado de Bem Estar às necessidades de coesão e integração do tecido social, uma vez que os mecanismos tradicionais, especialmente a família e outras instituições clássicas, perderam suas funções agregadoras (ARRETCHE, 1995).

Resgatando a função coordenadora do Estado Moderno sobre as estruturas de socialização e produção de bens nas sociedades mercantilizadas e aliando-as à questão democrática, Draibe credita a expansão da proteção pública às necessidades de minimizar os riscos das formas contemporâneas de produção e reprodução da força de trabalho (DRAIBE, 1988). Define *Welfare State* como um tipo de regulação exigida pelas transformações ocorridas no âmbito da produção, abrangendo o Estado e a sociedade. Tais transformações provocaram a emergência de sistemas nacionais públicos ou fortemente regulados de educação, saúde, previdência social, substituição de renda, assistência e habitação.

Para argumentar e justificar o ponto de vista adotado sustenta três ordens de variáveis:

- o número de trabalhadores dependentes do mercado aumenta, bem como o de aposentados, o de acidentados no trabalho, etc., enquanto o potencial assistencial das redes primárias – família e comunidade – diminui;
- o caráter cíclico da produção exige que se estabeleça alguma forma de proteção do trabalhador desempregado. Assim, o excedente de mão-de-obra, fenômeno típico do capitalismo monopolista, exigiria, de *per si*, formas de regulação da força de trabalho via gestão estatal;
- a mobilização operária, devido à urbanização e localização espacial das fábricas e formas de produção fordista, potencializa os riscos de um confronto ideológico, que ameaça a ordem capitalista (DRAIBE, 1988).

Na mesma direção da argumentação acima, a relação entre capitalismo e democracia é enfatizada como um compromisso no qual há a concordância com a instituição da propriedade privada do capital social pelos que não possuem os meios de produção. Em contrapartida, há a aceitação, pelos que possuem os meios de produção, da existência de instituições políticas que viabilizem aos outros grupos a possibilidade de exigir seus direitos à partilha de recursos e à distribuição de renda (PRZEWORSKI, WALLERSTEIN, 1988).

Tal compromisso somente foi possível a partir do keynesianismo, que forneceu os fundamentos ideológicos e políticos que justificaram, para a classe empresarial e para a classe trabalhadora, uma nova maneira de harmonizar a propriedade privada com a gestão democrática da economia pelo Estado. “O controle democrático do nível de desemprego e da distribuição de renda, tornaram-se os termos do compromisso que tornou possível o capitalismo democrático” (PRZEWORSKI, WALLERSTEIN, 1988, p. 31). O problema central enfrentado pela ortodoxia econômica da década de 1930 foi que todos os meios de produção ficaram ociosos, tornando patente a irracionalidade do sistema capitalista de mercado totalmente livre, o que levou à exigência da adoção de medidas anticíclicas de administração da demanda, garantindo, de forma concomitante a utilização dos homens e das máquinas. O compromisso de classe foi justificado tecnicamente como forma de aumentar o consumo e conseqüentemente reduzir o desemprego.

Assim, a tendência distributiva de esquerda voltada para sua base eleitoral encontrou uma racionalização numa teoria economicamente técnica. Como indica Léon Blum, uma melhor distribuição [...] reanimaria a produção ao mesmo tempo em que atenderia à justiça (PRZEWORSKI, WALLERSTEIN, 1988, p. 33).

Os dois autores alertam, entretanto, que nem todas as posições keynesianas foram adotadas igualmente, sendo que a sua aplicação, nos diferentes países, sofreu alterações em sua implementação e, inclusive, devido à argumentação política diferenciada. Alguns países optaram por redistribuição de renda via salários e transferências indiretas, outros enfatizaram o manejo dos gastos do governo por meio dos impostos e oferta da moeda e alguns, ainda, impuseram uma política agressiva de emprego, sem aumento salarial. Concluem a argumentação afirmando que,

[...] em todas as suas formas, o compromisso keynesiano consistiu em um programa dual: “pleno emprego e igualdade”, onde o primeiro termo significava regulação do nível de emprego pela administração da demanda, particularmente dos gastos do governo, e o último consistia na malha de serviços sociais que constituíam o “estado de bem estar” (PRZEWORSKI, WALLERSTEIN, 1988, p. 34)³³.

Outros autores associam a construção do *Welfare State* às exigências próprias da dinâmica capitalista e suas crises cíclicas. Em razão desta argumentação, Francisco de Oliveira (1988) interpreta o *Welfare State* como um padrão de financiamento público da economia capitalista, em consequência das políticas originalmente anticíclicas de teorização keynesiana. O fundo público financeira, a partir de regras pactuadas em uma esfera pública, tanto a produção como a reprodução da força de trabalho. Os seguidores dessa linha de interpretação alegam que a própria dinâmica do capitalismo monopolista³⁴ tornou necessária a emergência de um novo padrão de regulação social. Tal ocorreu devido às seguintes situações:

- os assalariados, reunidos em torno de interesses coletivos, impuseram a sua participação no mercado de trabalho;
- o caráter cíclico da produção tornou necessária uma proteção mínima ao desemprego;

³³ O compromisso de pleno emprego e igualdade foi, posteriormente, o motivo de sua dependência de concessões econômicas outorgadas a grupos de pressão fora do mercado. “A política virou uma interação de coalizões entre esses grupos, propiciando o surgimento de tendências corporativistas de negociação direta, seja entre grupos organizados – particularmente trabalho e capital- sob a tutela do governo, seja entre cada grupo e o governo. A distribuição dos recursos econômicos tornou-se crescentemente dominada por relações de forças políticas (PRZEWORSKI, WALLERSTEIN, 1988, p. 343).

³⁴ O conceito de capitalismo monopolista de Estado representa o resultado de um conjunto de estudos que pretendem explicar a dinâmica e as contradições do capitalismo no pós-guerra, nos países desenvolvidos do Primeiro Mundo. Tem como características: a intensificação do papel do Estado; a forte concentração do capital, via fusões/incorporações de setores estratégicos da economia; interpenetração entre capital bancário e grupos industriais e o aumento da massa de trabalhadores assalariados (BEHRING, 1998).

- pela contribuição que o novo modo de regulação oferece em termos de benefícios ou vantagens para o aumento da taxas de acumulação, minorando os efeitos ou reduzindo a instabilidade das crises cíclicas do capital³⁵.

Corroborando esta tendência, Abreu (1997) ressalta a correlação estreita entre o *Welfare State* e os princípios e valores da sociedade salarial, especialmente os que se erigiram nos marcos do capitalismo monopolista, no período entre 1940 a 1970. Afirma que a nova ordem sócio-econômica favorece

o processo de reprodução ampliada do capitalismo mediante um mercado de trabalho e de consumo crescente, tendência ao pleno emprego com forte mobilidade sócio-profissional e salarial, ampliação e diversificação do consumo de bens e serviços, crescentes direitos à segurança e o bem-estar sociais, garantidos por leis e, sobretudo, pactos entre atores sociais e políticos e uma cultura de equidade e justiça, além de uma democratização do processo eleitoral-partidário articulador e legitimador das estratégias dirigentes, através do sufrágio universal e da regra da maioria (ABREU, 1997, p.52).

As decorrências deste processo se estenderam para os estatutos e garantias jurídicas (universalização da cobertura da proteção social garantida como direito social – exigindo financiamentos com fundos públicos) e regulação econômica (um padrão de financiamento público da economia capitalista, tanto na produção como reprodução social, levando os conflitos originários do trabalho para o interior do Estado).

Dentro do espectro econômico, James O'Connor (1977), explica a consolidação do *Welfare State*, a partir da análise das funções dos gastos estatais de legitimação e acumulação, o que, indiretamente, permite inferir o tipo de organização estatal que seria a resposta às necessidades de acumulação e legitimação do sistema capitalista. Segundo sua interpretação, o Estado capitalista de Bem-Estar tenta desempenhar duas funções básicas que são paradoxais. A de manter um processo contínuo de acumulação do capital e ao mesmo tempo garantir ou criar condições de harmonia social, favorecendo as suas bases de legitimação. Estas duas funções determinam os gastos que o Estado tem de investimento e consumo social – capital social e o dispêndio com despesas sociais, necessários para manter a legitimação do Estado e a harmonia social exigida para a acumulação do capital.

³⁵ Offe (1984) e Singer (1994) podem ser consultados para um aprofundamento da questão. Elaine R. Behring (1998), analisa, de forma circunstanciada, como os mecanismos de política social vão se instituindo no mundo capitalista, e em especial, nos países classificados como capitalistas tardios.

Claus Offe (1984), ao analisar a emergência da proteção estatal afirma que o processo de industrialização, e conseqüentemente, o desenvolvimento do capitalismo gerou problemas ao destruir formas já estruturadas de vida social. Foi necessário, de certo modo, convencer a população desalojada do campo e que vivia na periferia das cidades que o assalariamento apresentava algumas compensações em relação às outras formas de satisfação de necessidades básicas. Entre estas, por exemplo, a segurança contra os riscos através de programas sociais que garantiriam essa proteção e ainda atenderiam parte das suas exigências de sobrevivência. As políticas sociais seriam, assim, um preço a ser pago pelo progresso tecnológico, “la política social es la manera estatal de efectuar la transformación duradera de obreros no asalariados en obreros asalariados” (OFFE, 1994, p. 79). Para Offe (1994), uma das contribuições mais importantes derivadas da aplicação das teorias keynesianas foi a construção da racionalidade mercantil. Assinala que as determinações estruturais para emergência do Estado de Bem-Estar são de base econômica, não descartando, no entanto, os aspectos políticos. Os componentes do Estado de Bem-Estar decorrem segundo Offe (1994, p. 170)

[...] debido a la pérdida tanto de las formas feudales paternalistas de ‘bienestar’ como de la autarquía económica individual. La ‘inseguridad’ y la incapacidad estructural para mantener las pre-condiciones necesarias de existencia de la sociedad civil como conjunto ya no son un problema puramente militar (resoluble por el aparato del ‘Estado bélico’), sino una condición crecientemente reconocida de prácticamente todos los actores civiles situados dentro de la vida cotidiana de la sociedad civilizada.

Depreende que não há intencionalidade, ou princípio moral, na lógica do *Welfare State*, mas sim que esse se configura como um anteparo ou uma prevenção a um problema social potencialmente desastroso. Para Lenhart e Offe (1984), o desenvolvimento do *Welfare State* se vincula à necessidade de compatibilização entre duas exigências contraditórias – as da classe trabalhadora e as demandas da acumulação do capital. Sua conformação decorre de como o Estado reage a estas duas ordens de pressão, estabelecendo uma seletividade que é definida no âmbito da estrutura estatal (cálculo econômico da burocracia, por exemplo)³⁶.

Offe (1994, 1989 e 1984) reconhece que o Estado de Bem-Estar serviu como a principal fórmula pacificadora das democracias capitalistas desenvolvidas, no período pós-

³⁶ Segundo Arretche (1995), Claus Offe, ao transitar de uma posição que considera o Estado como capaz de autonomamente criar os desenhos de seletividade, internamente estruturais, se afasta das análises marxistas de um Estado de Classe, que tem como limite a expansão capitalista. Coutinho (1989) ao referir-se à mesma questão, ou seja, quais os limites de uma sociedade capitalista em relação à ampliação dos direitos, constata que não se pode ampliar demandas sociais além de um ponto que ameaça ou impeça a reprodução do capital global.

guerra, ao limitar o conflito de classe intervindo na assimétrica relação de poder entre trabalho e capital. A não resolução do conflito, através de um caminho pacífico, levaria a uma paralisação do sistema que constituía o risco iminente do capitalismo liberal antes da implementação do Estado de Bem-Estar. Afirma que tal

[...] formula de paz consiste básicamente, em primer lugar, en la obligación explícita que assume el aparato estatal de suministrar asistencia y apoyo (en dinero o en especie) a los ciudadanos que sufren necesidades y riesgos específicos característicos de la sociedad mercantil; dicha asistencia se suministra en virtud de pretensiones legales otorgadas a los ciudadanos. En segundo lugar, el Estado del Bienestar se basa sobre el reconocimiento del papel formal de los sindicatos tanto en la negociación colectiva como en la formación de los planes públicos (OFFE, 1994, p. 135).

Giddens (1996), ao analisar as fontes estruturais do *Welfare State*, ressalta que o seu núcleo central já estava em evidência bem antes da Primeira Guerra Mundial e se relacionava à necessidade de enfrentar a questão do desemprego em massa. A interpretação de Giddens associa fundamentos econômicos e políticos, a partir dos quais indica os objetivos estruturais do *Welfare State*:

- definir um papel central para o trabalho nas sociedades industriais, como uma forma de viver;
- promover a solidariedade nacional, sendo os sistemas previdenciários parte de um processo mais global de construção do Estado-nação;
- administrar os riscos de “uma sociedade criadora de riquezas e orientada para o futuro – em especial, é claro, aqueles riscos que não são subordinados na relação trabalho-salário” (GIDDENS, 1996, p. 156).

Não descarta em sua interpretação para a consolidação efetiva do Estado welferiano a influência das teorias keynesianas com seu potencial de controle sobre os processos econômicos e sociais.

Há, entre os estudiosos, ressaltando-se algumas divergências, o reconhecimento de que o surgimento e a consolidação do *Welfare State* não podem ser explicados sem se considerar a dinâmica de expansão do capitalismo contemporâneo:

[...] com as mudanças operadas no processo de acumulação a partir dos anos 30, redefine-se o papel do Estado, criando-se as bases econômicas, políticas e ideológicas para o provimento público do bem-estar. [...] a difusão do fordismo como modelo de organização industrial e a imensa aceitação das propostas

keynesianas foram elementos essenciais para a construção do conceito de Seguridade Social (VIANNA, M. L., 1998, p.17).

Um outro eixo interpretativo sobre a emergência e a expansão do Estado capitalista de Bem-Estar, na esteira do clássico trabalho de T. H. Marshall (1967), aponta que a construção da cidadania social, fenômeno típico do Século XX, seria um dos fundamentos nucleares do *Welfare State*. A idéia da participação na riqueza socialmente produzida, aliada ao reconhecimento de uma igualdade intrínseca entre as pessoas - a razão ético-política do Estado-nação moderno e o fundamento da cidadania - seria o “núcleo duro” dos *Welfare States*.

Rosanvallon (1981), explicando a crise do Estado de Bem Estar, foi o autor que mais se apropriou das concepções de Marshall e, ao fazê-lo, contribuiu para uma das interpretações sobre sua origem e desenvolvimento. Parte do suposto que é impossível compreender a construção do Estado moderno sem uma retrospectiva que antecede ao Estado Providência. Alerta que as explicações que situam o Estado de Bem Estar em relação ao movimento do capitalismo e socialismo nos séculos XIX e XX são empobrecedoras, deslocando essencialmente a sua funcionalidade para o capitalismo. Propõe que a chave para a compreensão da emergência do *Welfare State* se encontra na apreensão do movimento de constituição do Estado-nação moderno.

Para Pierre Rosanvallon (1981), o atual Estado de Bem Estar é um aprofundamento e uma continuidade do Estado protetor clássico, que se instituiu entre os séculos XV e XVIII, podendo ser definido como protetor das prerrogativas civis individuais – vida e liberdade, através de um pacto social estabelecido entre os homens e entre estes e o poder monárquico.

Luciano Gruppi (1980, p. 8) afirma que o Estado moderno – “unitário, dotado de um poder próprio independente de quaisquer outros poderes – começa a nascer na segunda metade do século XV na França, Inglaterra e Espanha; [...]”.

O acordo pactuado garantiria os direitos civis que levariam à segurança e à redução da incerteza, condições essenciais para manutenção da ordem necessária ao desenvolvimento dos Estados-nações e da forma de produção capitalista em desenvolvimento. O Estado moderno, como forma política específica representaria um poder comum que protegeria as pessoas dos ataques dos estranhos e de seus semelhantes quando ultrapassassem o acordo estabelecido.

Coutinho (1997), analisando a relação Estado-sociedade afirma que o contrato social contém um arcabouço liberal que se fundamenta nas obras de Locke e Hobbes e um perfil

democrata-burguês, oriundo de Rousseau. Esse desenho conforma, assim, o Estado-nação moderno, que se consolida quando cumpre as funções de proteger os seus integrantes, especialmente garantindo seu direito à vida e à liberdade – de ir e vir, de estabelecer contratos, de ter e negociar propriedades³⁷. A afirmação da necessidade do contrato social surgiu como “[...] demandas da burguesia em ascensão (no momento em que essa classe representava todos os que não eram aristocratas nem membros do clero, ou seja, todos os que constituíam o que os franceses chamavam ‘terceiro Estado’ (COUTINHO, 1997, p.150). As aspirações e as conquistas obtidas pela burguesia, foram, em termos civis, as garantias da posse da propriedade, e a liberdade, entendida também como direito à posse da terra.

Naquele período, a relevância do papel revolucionário da afirmação que os indivíduos têm direitos, independentemente do *status* que ocupam na sociedade, é destacada por Coutinho (1997). Lembra que os direitos instituídos naquela época se constituíram em uma salvaguarda contra as pretensões despóticas do absolutismo e um brado contra a desigualdade sancionada pela ordem feudal.

Com o novo ordenamento sócio-político consolidado, a industrialização e o desenvolvimento das forças produtivas favoreceram a prosperidade material e a emergência de uma classe trabalhadora não proprietária. Essa nova classe lutou pela ampliação da cidadania democrática – condição essencial para expansão e alargamento dos direitos políticos e sociais, viabilizando, conforme sugere Rosanvallon (1981, p.20), *a radicalização e a correção do Estado-protetor*. Por essa razão o estatuto de cidadania ligado à propriedade exigiu tornar *quase proprietários* todos os cidadãos que não o fossem e instituiu mecanismos sociais que lhes fornecessem um equivalente de segurança garantido pela sociedade. Para o autor francês,

o Estado Providência exprime a idéia de substituir a incerteza da proteção religiosa pela certeza da providência estatal. Nesse sentido, é o Estado que põe termo à sua secularização, transferindo para suas prerrogativas os benefícios aleatórios que só o poder divino podia dispensar. Assume a tarefa de resgatar *hic et nunc* as desigualdades ‘naturais’ ou os infortúnios da sorte.[...] Aos acasos da caridade e da providência sucedem-se as regularidades do Estado (ROSANVALLON, 1981, p. 21).

³⁷ O fato que altera, fundamentalmente, a natureza da relação de poder entre o indivíduo e o poder absoluto, é o surgimento do “*habeas corpus* (que tenhas o seu corpo), dispositivo que dificulta as prisões arbitrárias, sem uma denúncia definida. O *habeas corpus* estabelece algumas garantias que transformam o ‘súdito’ num cidadão” (GRUPPI, 1980, p. 13).

Rosanvallón se distingue dos analistas marxistas e dos funcionalistas no que se refere às explicações sobre as formas, descontínuas e não lineares, da implantação dos *Welfare States*. Relaciona a progressão e a expansão dos Estados de Bem Estar, *por saltos*, em situações de crise. Acredita que são nestes momentos que se recompõem as bases do contrato social, que se refundam os pactos sociais face às exigências decorrentes das crises e da capacidade de articulação orgânica entre interesses divergentes. Explicita sua posição no sentido de que

o Estado-providência se reafirma e se compromete na experiência do conflito armado, é porque tudo se passa como se a sociedade voltasse às suas origens imaginárias, à formulação do pacto social. A troca simbólica do contrato original entre os indivíduos e o Estado reafirma-se nestes períodos (ROSANVALLON, 1981, p.22).

A posição enunciada por Rosanvallón é encontrada, também, em Barbalet (1989), quando, fundamentando-se em Turner, afirma, taxativamente, que o estado de guerra e as imigrações são componentes essenciais na determinação da cidadania moderna.

A concepção da proteção social sob a responsabilidade do Estado ocorreu lentamente, tendo em vista que, historicamente, foi uma das formas de controle – através da igreja ou organizações religiosas e leigas – sobre a classe trabalhadora. Ou seja,

a pobreza não era definida como a condição de ausência de recursos, mas surgia em relação às necessidades da indústria. [...] A relação do pauperismo com a falta de educação moral era bastante clara: trabalho para aqueles que irão labutar, castigo para aqueles que não vão fazê-lo e pão para aqueles que não podem fazê-lo (GIDDENS, 1996, p.154).

A pauperização e a miséria não eram enfocadas como evidências do que hoje é nomeado como questão social, como decorrência de uma construção social injusta, mas, sim, como sinônimo de “frouxidão moral”, de “desígnio divino”, cabendo à Igreja ou à sociedade abrigar os pobres e desvalidos. Essa posição deslocava a origem da desigualdade para o âmbito moral ou religioso e não para a esfera dos direitos e da responsabilidade pública³⁸.

³⁸ As Leis dos Pobres, surgidas na Inglaterra em meados do século XVI, formavam um conjunto de regulações que se destinavam a controlar as pessoas situadas fora do mercado de trabalho, como idosos, inválidos, órfãos, crianças, carentes e desocupados. Os incapacitados para o trabalho tinham direito à assistência social nas *workhouses* (casas de trabalho), que funcionavam como verdadeiras prisões. São as primeiras manifestações, ainda na época pré-capitalista – de controle, ainda que, aparentemente, de proteção à força de trabalho incapacitada para atividades produtivas (PEREIRA, 2000).

Outra referência explicativa para o surgimento do Estado de Bem Estar, de ordem política, é a que aponta como seu fundamento a idéia da solidariedade social, com a transferência de parte da responsabilidade individual para a esfera social. Ou em outras palavras, transfere a gestão dos riscos sociais da esfera privada para a esfera pública. O direito social e a solidariedade seriam os princípios reguladores da vida social.

A gênese do Estado-Providência não se explicaria, portanto, por movimentos políticos conscientes, que se expressam em consensos partidários. Pelo contrário, estaria no campo da ética-política e da justiça social. É um movimento lógico da ampliação da democracia, que “tem sua expressão no plano dos referenciais políticos de uma sociedade” (ARRETCHE, 1995, p. 22).

As contribuições de Esping-Andersen (1995b, 1998, 2000) sinalizam para a importância da família na construção dos regimes corporativos de *Welfare State*, especialmente nos países da Europa meridional. Parte do pressuposto que a família, no período inicial de expansão da esfera produtiva, foi o sustentáculo que forneceu a estrutura de apoio necessária para o funcionamento efetivo do mercado de trabalho.

Para além da família, a existência de uma cidadania social construída sobre o conceito de nação esbarra em aspectos referentes a uma integração política mais ou menos densa, expressa na metáfora usada por Maria Lúcia W. Vianna (1998, p.28), – “estar no mesmo barco” – o que impõe a existência de uma esfera pública inclusiva, que se constituiu em um processo anterior à própria existência do *Welfare State*. Afirma que é necessário o reconhecimento de uma perspectiva política positiva sobre a medida de igualdade representada pelo pertencimento à comunidade (OFFE, 1994).

Estar no mesmo barco, a noção compartilhada por todos que embasa a solidariedade e o *Welfare State* social-democrático, requer que todos estejam realmente e se reconheçam como estando no mesmo barco (VIANNA, M. L., 1998, p. 28).

Argumenta a autora que há nessa proposição uma idéia de justiça distributiva vinculada diretamente ao mundo concreto de pessoas ou grupo de pessoas que divide, troca e partilha bens sociais. Na mesma direção referencia Figueiredo (1997, p. 95),

no que diz respeito à segurança e *welfare*, o “pertencimento” assume uma importância definidora dessa esfera: a primeira coisa que os membros de uma comunidade devem aos seus pares é a “provisão comunitária” de bem-estar e segurança. [...] Toda comunidade política é, portanto, um *welfare state*, onde são realizadas provisões gerais (por exemplo, abastecimento de alimentos) e provisões particulares (alimentos para viúvas e órfãos).

No sentido de confirmar a relevância da argumentação, Maria Lúcia W. Vianna (1998) repõe a posição de Offe (1994) sobre bem público, estatuto fundamental para consolidação da cidadania, visto que significa a garantia e a ampliação da medida de igualdade que coloca a todos como pertencendo ao mesmo grupo tendo, portanto, os mesmos direitos.

Importa ressaltar que subjacente à consolidação dos direitos, inicialmente os civis e posteriormente os demais³⁹, supõe-se a presença do Estado como ente civilizador universal, capaz de assegurar uma identidade inclusiva para a nação. Esta identidade inclusiva não é resguardada pela sua qualidade de benfeitor, mas a de guardião da esfera pública – instância pública, separada do mundo privado, que garante a primazia de regras e normas universais. Implica na sua efetiva capacidade para garantir os direitos civis e políticos (liberdade e participação – elementos da cidadania para Marshall) e o que Offe (1989) considera como o Estado de Direito e a “voz ativa” nacional⁴⁰.

Em face da argumentação acima, o maior ou menor fortalecimento da esfera pública é a “única referência possível para o ‘nós’ inclusivo numa sociedade de classes”, desempenhando um papel fundamental na construção do *Welfare State* e explicando as suas peculiaridades (VIANNA, M. L., 1998, p. 28).

As distintas maneiras de incorporação dos atores no cenário político definem como se expressam os seus interesses na esfera pública. Ou se expressam em partidos políticos, a forma de expressão dos interesses desiguais diante de uma instância que obriga a todos igualmente, ou os mais fortes politicamente, se entranham no aparelho do Estado inviabilizando a formação de uma dimensão pública. Formam os anéis burocráticos que colocam os interesses particulares diretamente no interior do aparato estatal, sem a mediação de um fórum coletivo, e visível, de discussão e decisão. Nesse último caso, o Estado não se torna o guardião de uma esfera pública porque essa inexistente e somente pode, quando muito, tornar-se um Estado benfeitor que, entretanto, não garante a efetivação de direitos. Para Maria Lúcia W. Vianna (1998, p.29),

a constituição de uma esfera pública inclusiva, legitimadora de um conjunto de obrigações e direitos que embora formais são cruciais para fundar um mínimo de

³⁹ Convém lembrar que nem todas as sociedades e países seguiram a cronologia apontada por Marshall em relação aos direitos, constatando-se que alguns países não têm ainda nem as garantias civis, quanto menos as sociais e políticas.

⁴⁰ Menezes, criticando essa abordagem, aponta que “da parafernália teórico-metodológica sobrou o que havia de mais nebuloso, (re)buscado na subjetividade da vontade política, onde, no interior das expressões criadas por esses teóricos, pode-se perceber o consenso como sinônimo de verdade” (1993, p.57).

solidariedade social, não assegura, por si só, evidentemente a equidade. Diversamente do que pensava Rousseau, são as partes organizadas do corpo social – partidos políticos e sindicatos, sobretudo – que podem exercer um papel ativo neste sentido. Ambas as dimensões, o espaço comum e a representação das diferenças, estão longe de inibir os conflitos inerentes às sociedades de classe. Mas permitem, justamente, que seja encaminhada de forma menos perversa para os “de baixo.

Dentro da esfera política, Esping-Andersen (1991, p. 111) observa que os dois tipos de abordagem estruturantes das explicações do *Welfare State*, as estruturalistas e as que partem das instituições e atores políticos, não conferem relevância a três fatores que seriam importantes: “a natureza da mobilização de classe (principalmente da classe trabalhadora), as estruturas de coalizão política de classes e o legado histórico da institucionalização do regime”. Partindo desses três fatores, questiona o autor qual o grau de interação entre os mesmos que levam a instauração de níveis diferenciados de proteção social. Alerta que a estrutura das coalizões de classe é muito mais decisiva que as fontes de poder de qualquer classe tomada de *per si*.

Reafirmando ser a cidadania social a categoria fundante do *Welfare State*, Esping-Andersen (1995a) qualifica operacionalmente o conceito que deve envolver a *garantia de* direitos sociais, com *status* legal e prático de direitos de propriedade, invioláveis e assegurados na base da cidadania e não no desempenho profissional. Traz à discussão, na definição do *Welfare State*, a possível antinomia entre *status e posição de classe*, sendo que o *status* de cidadão pode competir com o de classe. Introduce ainda um outro vetor para compreensão do *Welfare State*, que é a forma como se entre cruzam os papéis do mercado, da família e do Estado em termos de provisão social.

Tomando como ponto de partida outro ângulo, o da justiça, Van Parijs (1997) vem se perguntando o que é uma sociedade justa, e nesse questionamento resgata explicações para a emergência do *Welfare State*.

Saindo do campo descritivo para a esfera normativa da justiça⁴¹, Van Parijs trata do que é justo ou correto no momento da distribuição dos bens e da riqueza socialmente produzidos. Há um relativo acordo na reflexão sobre o tema quanto à afirmação de John Rawls de que uma sociedade bem ordenada é aquela regulada por uma concepção pública de justiça (1997, p. 4).

⁴¹ Utiliza-se a definição de Justiça de Bobbio (1994), entendida como uma noção ética fundamental e não determinada *a priori*.

Walzer (1999) coloca um critério de justiça definido, não pelo bem em si, mas pelo seu significado e pela sua alocação em esferas distributivas distintas, anulando o componente atribuído ao bem em uma situação de monopólio, que conduz a divergências e lutas na busca de sua posse⁴².

O fato de ocorrer, no Estado de Bem-Estar, transferências sociais de base orçamentária nacional, que têm como o objetivo a satisfação de necessidades básicas (mínimas em certos casos) ou, em certos países, a promoção do bem-estar das pessoas, justifica para Van Parijs (1997) que as autorizações para tais transferências estejam fundadas em um ideal de justiça social.

Segundo esse mesmo autor, em não havendo recursos abundantes para serem distribuídos, e sendo a apropriação privada pautada em critérios particularistas e desiguais, não fomentando princípios altruístas, há a exigência de se colocar, como critério normativo distributivo, a questão da justiça – fincada em um ideal de igualdade. Sendo a justiça uma construção histórica, a categoria igualdade/desigualdade deve ser apreciada com a mesma lente histórica, como uma produção datada e cujos atributos se alteram em cada período.

Uma das dificuldades para se apreciar a concepção de igualdade é a sua dubiedade, isto é, não tem um sentido único, podendo ser aplicada tanto quando se fala em *idêntico* como quando se fala em *igual*, o que pode chegar a conotar justiça. Há uma fusão de aspectos naturais, com julgamentos de ordem moral, que dificulta resolver o impasse. Quando se argumenta, partindo de princípios da ordem valorativa, a igualdade é justa quando se reconhece a desigualdade natural. Semelhante posição é encontrada em Sartori, quando afirma que

se a igualdade é um princípio moral, então buscamos a igualdade por pensarmos que é um objeto justo – não porque os homens sejam idênticos, mas porque sentimos que devem ser tratados como se fossem, (embora na realidade não sejam). Isto é atestado historicamente, pelo fato de nossos princípios igualitários mais fundamentais (isto é, ser igual em liberdade, leis iguais, igualdade perante a lei) não terem derivado da premissa que os homens são idênticos [...] No momento em que separamos o sentido moral do sentido físico de igualdade, percebemos que a verdade é exatamente o oposto? Afirmamos que é justo promover certas igualdades precisamente para

⁴² Walzer (1999) em *As esferas da justiça* apresenta uma argumentação interessante sobre os bens, considerados por ele sempre como sociais. Enquanto construções históricas, os critérios de sua distribuição são variáveis e impossíveis de serem classificados de forma universal, sugerindo, assim, que sejam distribuídos em esferas autônomas. Parte do suposto que as sociedades, em suas combinações distributivas, usam um critério que chama “uma versão social do escalão ouro”, ou seja, qualificam um conjunto de bens como predominantes e esses determinam o valor dos demais em todas as esferas de distribuição, sendo usualmente monopolizados, o que garante a manutenção de seu valor pela força e coesão de seus possuidores.

compensar o fato de que os homens nascem ou podem nascer diferentes (SARTORI, 1994, p.110).

Os autores que discutem o tema na linha da justiça concordam haver, atualmente, uma cisão entre liberdade e igualdade, sendo reconhecido que o liberalismo econômico induziu a desigualdades no acesso aos direitos fundamentais e na justa distribuição dos bens materiais e imateriais próprios da modernidade. A ordem societária atual busca uma série de igualdades justas que não são coincidentes e não vêm, automaticamente, na esteira da liberdade (BOBBIO, 1996).

O termo igualdade não vem sendo mencionado pelos organismos multilaterais quando abordam as diferenças e polaridades constatadas na produção e acesso aos bens hoje disponíveis no mundo global. As desigualdades entre as nações transitam para a esfera da redução da pobreza nos países e no mundo, o que não se configura como a busca da igualdade.

Vem sendo discutida, hoje, a possibilidade de reduzir a exclusão social, a partir de sistemas de proteção social erigidos sob o princípio da justiça concebida a partir da contribuição de John Rawls (1997), sobressaindo o ideal de equidade e eficiência e não mais a dimensão de igualdade que constou do ideário do *Welfare State*.

O padrão de igualdade proposto pelo *Welfare State* perdeu sua base consensual. Reconhece-se, no entanto, que, de todas as perspectivas e ângulos analisados, o *Welfare State*, ampliando os níveis de garantia e segurança no século XX, integrou, ainda que de forma assimétrica e desigual e unicamente nos países capitalistas desenvolvidos ocidentais, a proteção dos direitos civis, políticos e sociais. Essa caminhada foi viabilizada no plano sócio-político pela expansão da educação pública, pela emergência dos partidos de massa, pelo fortalecimento da democracia e pela intensa urbanização que caracterizou os últimos decênios do século XIX.

A continuidade dos Estados capitalistas de Bem Estar parecia gozar de uma grande unanimidade entre as elites políticas até meados da década 1970. Esse modelo estatal parecia consolidado e os conflitos e as lutas se colocavam em relação ao ritmo e as formas de colocá-lo em vigência onde os direitos sociais e econômicos não estivessem plenamente atendidos.

Entre as elites intelectuais, o *Welfare State* firmou-se como padrão de política social e econômica característico do século XX. Há um assentimento que se constituiu em um elemento estrutural ao capitalismo contemporâneo, sendo que significou mais do que um

incremento nas políticas sociais. Representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política do mundo industrial desenvolvido no pós-guerra e um anteparo à possível ampliação de propostas comunistas ou fascistas. No aspecto econômico significou o abandono da “ortodoxia do mercado”. Moralmente, significou a defesa das idéias de justiça social solidariedade e universalismo em um cenário de mercado. Politicamente, foi parte de um projeto de construção nacional da democracia liberal em reação às ditaduras fascista e bolchevista (ESPING-ANDERSEN, 1991).

A inflexão ocorrida nas três últimas décadas de 1900, nas relações Estado-sociedade e mercado, leva a uma indagação: seria um retorno aos padrões de proteção social encontrados em épocas anteriores ou está em construção um novo padrão? Nesse sentido, revisar as classificações, os regimes ou tipologias de *Welfare State* encontradas na literatura corrente pode ser útil para se pensar a questão.

1.2 Particularidades, tipologias e regimes de Bem Estar

Reconhecidamente considerada pelos estudiosos do *Welfare State* como uma tipologia clássica, situa-se a estabelecida por Titmuss, em 1958⁴³. Para este autor, no plano analítico, os tipos de *Welfare State* seriam três – o *residual welfare model of social policy*, o *industrial achievement performance model of social policy* e o *redistributive model of social policy*⁴⁴. Partindo dessa definição inicial, os autores⁴⁵ vêm buscando desenvolvê-la, acrescentando ingredientes que levam a outras categorias analíticas.

Esping-Andersen (1991), comparando os padrões de proteção social de dezoito países capitalistas desenvolvidos, analisou os condicionantes que deram origem às formas distintas de atenção social encontradas nos mesmos. Evidenciou que a reforma social⁴⁶ faz parte do processo de constituição das classes trabalhadoras enquanto *classe para si*, tendo como

⁴³ Arretche (1995), Esping-Andersen (1991) e Maria Lúcia W. Vianna (1998).

⁴⁴ Coimbra (1987) aponta as críticas que Gough tece à tipologia de Titmuss, considerando-a “empírica, eclética e multidisciplinar. [...] sem que uma síntese teórica emerja” (1987, p. 74). O valor descritivo da contribuição de Titmuss na recomposição histórica dos *Welfare States* é reconhecido por Fiori (1995b), ainda que sinalize para a sua insuficiência analítica.

⁴⁵ Dentre estes se destacam Gosta Esping-Andersen (1991), e os brasileiros Marcos Coimbra (1987) e Sonia Draibe (1988). Ascoli, conforme aponta Draibe (1988), partindo das modalidades indicadas por Titmuss, introduziu alguns acréscimos, como, por exemplo, subdividir o modelo meritocrático em dois: particularista e corporativo.

⁴⁶ Esping-Andersen (2000) categoriza como reformas sociais, as alterações ocorridas entre os anos de 1940 a 1970, nos países capitalistas avançados, abrangendo as dimensões políticas, econômicas, éticas, jurídicas e administrativas.

objetivo histórico a sua emancipação, que transita pela desmercadorização da força de trabalho⁴⁷ e do consumo, da ordenação da sociedade sob um princípio solidário, da correção das desigualdades produzidas pelo sistema capitalista de produção e do anteparo ao risco social.

A partir do que denomina nível ou grau de democratização social do capitalismo avançado, Esping-Andersen (1991) classificou os países estudados em três modalidades ou regimes de *Welfare State*: o liberal, o conservador e o social-democrata, que corresponderiam às tendências dos sistemas políticos dominantes.

No primeiro tipo, *liberal ou residual*, a intervenção estatal sempre *ex-post*, ocorre em casos onde os riscos sociais não têm possibilidades, por quaisquer razões, de serem resolvidos pelas instâncias usuais: o esforço individual, a família, as redes comunitárias solidárias e o mercado. O esgotamento dos canais tradicionais exige uma ação positiva do Estado, que deve ser limitada, temporária e pontual, através de mecanismos extremamente seletivos de inclusão aos programas de proteção social. Os custos da reprodução social são financiados, basicamente, pela contribuição individual e seguros privados. Constata-se a tendência de mercantilizar ao máximo a força de trabalho, por meio das políticas sociais, e estimular a centralidade do mercado na satisfação das necessidades. Os esquemas privados como espaço de redistribuição funcionam fragmentando os benefícios prestados. Promovem uma estratificação social útil ao sistema, ao estimular a iniciativa individual e a competitividade, atuando no sentido do indivíduo ampliar seu espectro de proteção social via mercado.

Nesse tipo de atenção social ocorrem, com frequência, mecanismos de culpabilização das vítimas. Os riscos sociais são atribuídos à *incompetência*, ou *desleixo* das pessoas, e não como decorrência de processos derivados das formas de apropriação de renda e riqueza. A desmercadorização de bens e serviços vincula-se ao estatuto de necessidade absoluta e não ao trabalho. As reformas sociais que poderiam construir patamares de garantias sociais e políticas aos direitos foram limitadas pelas normas tradicionais e liberais do culto ao trabalho. A consequência,

⁴⁷ A mercadorização das pessoas ocorreu quando os mercados tornaram-se hegemônicos e o bem estar dos indivíduos passou a depender inteiramente de relações monetárias. Ou, “despojar a sociedade das camadas institucionais que garantiam a reprodução social fora do contrato de trabalho significou a mercadorização das pessoas” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 102). A dermercadorização do *status* da força de trabalho ocorre, para Esping-Andersen, quando se institui o salário social e os direitos de cidadania superam a satisfação das necessidades via mercado.

é que esse tipo de regime minimiza os efeitos da desmercadorização, contém efetivamente o domínio dos direitos sociais e edifica uma ordem de estratificação que é uma mistura de igualdade relativa da pobreza entre os beneficiários do Estado, serviços diferenciados pelo mercado entre as maiorias e um dualismo político de classe entre ambas as camadas sociais (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 108).

No segundo tipo, o modelo meritocrático ou conservador contém em seu núcleo duro o suposto que a proteção deve ser responsabilidade de cada um pelo seu mérito, pela sua capacidade produtiva, enfim, pela sua performance individual.

A intervenção estatal é parcial, mais no sentido de organizar a proteção e não financiá-la ou subsidiá-la,

[...] este modelo também não pode assegurar automaticamente uma desmercadorização substancial, pois depende muito da forma de elegibilidade e das leis que regem os benefícios [...]. Os benefícios dependem quase inteiramente de contribuições e, assim, de trabalho e emprego (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.103).

Assim, não é apenas a presença do direito social que garante a desmercadorização, mas as normalizações e pré-condições que sinalizam para a cobertura dos programas de proteção e bem-estar social. Segundo Maria Lúcia W. Vianna (1998, p.24),

[...] se caracteriza por vincular estreitamente a ação “protetora” do Estado ao desempenho dos grupos protegidos. Quem merece, ou seja, quem contribui para a riqueza nacional e/ou consegue inserção no cenário social legítimo, tem direitos à benefícios, diferenciados conforme o trabalho, o status ocupacional, a capacidade de pressão, etc.[...] Este padrão se caracteriza por ser hierarquizante e segmentador.[...] Deitaria raízes num conjunto de influências conservadoras, tais como estatismo, reformismo paternalista, catolicismo, corporativismo hierarquizante.

Corresponde, em termos de proteção, ao que Wanderley Guilherme dos Santos (1979) designou como *cidadania regulada*, onde a regulação ocorre pelo ingresso no mercado formal de trabalho. Assemelha-se ao modelo bismarckiano de proteção social, “protegendo” a força de trabalho, que retribui com “lealdade e subordinação” ao Estado (ESPING-ANDERSEN, 1991, 1998) e a ênfase na diferença de categorias profissionais teria como objetivo político consolidar divisões no interior da classe trabalhadora. Dessa forma, seu desenho dificulta, quando não impede, a organização em torno de interesses comuns e coletivos ou de vontades universais. Este modelo pode ser encontrado, segundo Esping-Andersen (1991, 1998, 2000), em países onde os movimentos operários tiveram forte vinculação com a Igreja, com sociedades estratificadas e segmentadas. O mesmo autor sustenta a hipótese que a forte influência religiosa, no regime corporativo, marcou a preocupação com a preservação da

família tradicional, pelo estímulo à maternidade e o desestímulo a quaisquer iniciativas que pudessem ameaçar a convivência familiar, como creches e serviços de proteção aos idosos e crianças.

Quanto aos direitos sociais, contrariamente ao tipo anterior de *Welfare State*, o culto à mercadoria nunca foi marcante, e a relevância da ação é baseada ou fundada na preservação das distinções de *status*, sendo mais de cunho político. Verifica-se que

este corporativismo estava por baixo de um edifício estatal inteiramente pronto a substituir o mercado enquanto provedor de benefícios sociais; por isso a previdência privada e os benefícios ocupacionais extras desempenham realmente um papel secundário. De outra parte, a ênfase estatal na manutenção das diferenças de *status* significa que seu impacto em termos de redistribuição é desprezível (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.109).

O terceiro tipo corresponde ao social-democrata⁴⁸ e, em países onde se consolidou, as políticas públicas são inclusivas e o bem-estar é visto como estrutural a essas sociedades (ESPING-ANDERSEN, 1991, 1998). As políticas sociais, nesses casos, têm um cunho universalista e abrangente, incluindo áreas distintas, tanto na esfera econômica como social, tais como educação, saúde, habitação, trabalho, previdência, etc. Os serviços e benefícios são compreendidos e garantidos como direitos sociais e como forma da sociedade, solidariamente organizada, resguardar um patamar de igualdade para todos. Ou partilhar os riscos, conforme sugere Giddens (1996).

Pode ser encontrado em países onde a classe trabalhadora construiu interesses coletivos com articulações suficientes para torná-los visíveis, em uma dimensão pública (ESPING-ANDERSEN, 1991, 1998). Nestes países, há uma grande homogeneidade social e as expectativas de direitos e garantias são relativamente equitativas. Especifica ainda que, quando

os direitos sociais adquirem *status* legal e prático de direitos de propriedade, quando são invioláveis, e quando são assegurados com base na cidadania em vez de terem base no desempenho, implicam uma desmercadorização do *status* dos indivíduos *vis-a-vis* o mercado” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 121).

Os benefícios e serviços extramercados destinam-se às novas classes médias, sendo esse tipo de proteção social denominado por Esping-Andersen (1991, 2000), de regime social-

⁴⁸ Ascoli denomina tal modelo de institucional-redistributivo (DRAIBE, 1990).

democrata, uma vez a força política impulsionadora das reformas que levou a cabo sua implantação foi a social-democracia⁴⁹. Nessa construção,

em vez de tolerar um dualismo entre Estado e mercado, entre a classe trabalhadora e a classe média, os social-democratas buscaram um welfare state que promovesse a igualdade com os melhores padrões de qualidade, e não uma igualdade das necessidades mínimas, como se procurou realizar em toda parte. Isso implicava, em primeiro lugar, que os serviços e benefícios fossem elevados a níveis compatíveis até mesmo com o gasto mais refinado das novas classes médias; e, em segundo lugar, que a igualdade fosse concedida, garantindo-se aos trabalhadores plena participação na qualidade dos direitos desfrutados pelos mais ricos (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 109).

Em países onde se constata a predominância desse sistema existe a dissociação entre satisfação de necessidades, mercado e mérito. O direito social é garantido de *per si*, não havendo contrapartida financeira, direta e distinta, para cobertura dos benefícios. A intervenção estatal é *ex-ante*, tratando de assegurar padrões de satisfação iguais distribuídos com base na igualdade de resultados e como estatuto de cidadania. Este sistema alterna, em termos de benefícios universais, mecanismos de integração e substituição de renda, oferta de equipamentos públicos para prestação de serviços essenciais e contempla, ainda, a redistribuição de renda e recursos.

Com a exclusão do mercado, não como espaço de oferta ou de circulação de mercadoria, mas da redução de sua função distributiva direta, há a facilidade da adesão praticamente universal ao *Welfare State*. Todos participam de seu benefício, todos dele dependem, e assim, sentem-se coagidos positivamente a assumir sua manutenção via pagamento de impostos, etc. Os supostos de seu êxito são o de eliminar a insegurança absoluta e o reconhecimento de que o mercado é insuficiente para realização de tal tarefa, devendo ser a mesma uma atribuição estatal.

Segundo Esping-Andersen (1991, 1995, 2000), o regime de proteção social-democrata defende tanto o mercado (enquanto agente distribuidor, não enquanto regulador) quanto a família. A proteção ao mercado é apontada, também, por De Felice (1998), ao analisar a relação entre o setor público e o setor privado na saúde. Afirma que o sistema público não está em contradição com o mercado, mas o pressupõe e a intervenção específica do poder

⁴⁹ Giddens (1996), com posição contrária, afirma que as bases do *Welfare State* foram construídas, no período que antecedeu a Segunda Guerra Mundial, por governos direitistas e as razões para tanto podem ser encontradas no receio da desintegração e caos social.

público, atualmente, é a de eliminar as desigualdades entre as partes que integram o mundo mercantil.

Para Esping-Andersen (1991, p.110),

ao contrário do modelo corporativista-subsidiador, o princípio aqui não é esperar até que a capacidade de ajuda da família se exaure, mas sim de socializar antecipadamente os custos da família. [...] Neste sentido o modelo é uma fusão peculiar de liberalismo e socialismo. O resultado é um *Welfare State* que garante transferências diretamente aos filhos e assume responsabilidade direta pelo cuidado com as crianças, os velhos e os desvalidos.

Nota-se a preocupação efetiva e intensa com o pleno emprego, que é percebido e adotado como estrutural ao sistema que dele depende para sua concretização, possuindo o mesmo *status*, tanto o trabalho como a renda. Em situações onde tal não se verifica, por razões políticas ou econômicas, se acentua a debilidade dos pactos e dos arranjos que se fazem em contradição com os direitos legais, casos que vêm ocorrendo nos países capitalistas tardios.

Esping-Andersen resgata, de seu estudo, aspectos essenciais para compreensão do que denomina as três economias políticas do *Welfare State*:

- as forças históricas por trás das diferenças dos regimes de *Welfare State* não são categorias estáticas, mas relacionais, interativas;
- essas forças determinam o modelo de formação política da classe trabalhadora e da formação de consensos políticos na fase de transição de uma sociedade rural para uma sociedade de classe média, o que condiciona ou contribui decisivamente para a institucionalização das preferências de classe e do comportamento político;
- a localização dos princípios que estruturam os *Welfare State* permite identificar agrupamentos distintos de regimes e não variações quantitativas em torno de um denominador comum (ESPING-ANDERSEN, 1991, 1995b).

Outra tipologia sobre o Estado de Bem Estar é a construída por Van Parijs (1997). O modelo classificatório apresentado por este autor tem algumas similaridades às tradicionais, mas situa-se em um eixo argumentativo distinto – a ótica da justiça. Encontra-se em Lavinias (2000) uma referência à perspectiva de Van Parijs, que aponta os três modelos ocidentais referenciais de *Welfare*:

- o primeiro, de inspiração bismarkiana, baseado num sistema de seguros sociais de caráter obrigatório e individual em favor dos que contribuíram na qualidade de trabalhadores, durante toda sua vida, para a constituição de um fundo e podem se beneficiar dele em caso de fatalidade ou velhice. É um modelo onde prevalece o interesse pessoal e particularista com o intuito de reduzir o risco individual não havendo a idéia de solidariedade e nem tampouco a de equidade;
- um segundo modelo, de tipo beveridgeano, assenta-se em transferências antecipadas contendo noções de solidariedade mais intensas que àquela presente no modelo anterior. O que mobiliza uma sociedade para adoção desse tipo de transferência é a possibilidade de segurança futura aliada ao fundamento de um direito de cidadania. O direito social predomina sobre interesses particulares e o critério normativo é sempre a segurança social em si;
- por fim, Van Parijs identifica um terceiro modelo, inspirado em Thomas Paine, e por isso mesmo denominado paineano, onde se transfere incondicionalmente a cada indivíduo - independente da sua condição social ou do fato de ser ou não contribuinte de um sistema de proteção social - uma renda básica ou um salário de cidadania de valor uniforme. O fundamento dessa acepção é a equidade, que vem viabilizando “a formulação de uma nova matriz conceitual para as políticas sociais neste final de século, como alternativa ao sistema da sociedade do bem-estar” (LAVINAS, 2000, p. 528).

A visão paineana de proteção social tem sido refutada, devido à ampliação das pressões fiscais e demográficas, desde os anos de 1980. Esse fator, aliado à expansão da cobertura assegurada ao público-alvo potencial, leva ao questionamento do princípio de justiça enquanto pedra angular dos modelos redistributivos. Em seu lugar, surgem dois enfoques distintos, os filosóficos e o econômico (LAVINAS, 2000; DE FELICE, 1998). “No enfoque filosófico a questão não é mais a coincidência entre direito à proteção social e direito de cidadania, mas sobre a relação que deve existir entre benefícios sociais e responsabilidades cívicas” (LAVINAS, 2000, p. 528).

Esse novo questionamento sobre a concessão de direitos sociais pelo Estado de Bem Estar e o retorno à ênfase nas responsabilidades individuais alteram fundamentalmente a matriz de análise, que sai do campo do direito para o campo da moral e da obrigatoriedade pessoal. Como afirma Lavinas (2000, p. 529),

em suma, espera-se dos beneficiários de transferências que honrem os compromissos sociais que lhes forem exigidos, sem o que podem ser objeto de sanções. O direito é,

agora, condicionado. Logo, não se trata mais de um direito de cidadania, fundado na incondicionalidade.

Outra matriz referente às transferências de bens relacionadas à proteção social que vem sendo discutida, balizando a relação Estado-Sociedade-Mercado, é a do mercado – eficiência. Segundo aponta Lavinias (2000, p. 529),

em lugar de ater-se tão-somente à idéia de redistribuição, tentando minimizar seus *trade-offs* com o bem-estar, torna-se imperioso repensar esse enfoque sob a ótica da eficiência – redistribuição eficiente - de modo a forjar um novo paradigma capaz de enfrentar os desafios colocados pela raridade dos recursos em sociedades capitalistas.

As demandas e os conflitos de interesse entre as pessoas, no que se refere à distribuição de bens e recursos disponíveis em uma sociedade⁵⁰, estão colocados no âmago da questão de justiça. Os princípios ordenadores da justiça distributiva: direito, necessidade e mérito, vêm sendo ordenados de forma diferenciada e expressam as distintas maneiras que se articulam os mecanismos distributivos, os agentes responsáveis pela distribuição e os critérios que a determinam. Em outras palavras, definem os modelos de política social, seguridade social ou, ainda, tipos de *Welfare State*.

1.3 O Estado de Bem Estar nas Economias Pós-industriais

O Estado de Bem Estar, que estruturou as economias desenvolvidas ocidentais, no período pós-guerra, entrou em crise na década de 1970. Na opinião de Navarro (2000a), em um período histórico curto, o pensamento neoliberal tornou-se hegemônico, auxiliado pelo que o autor denomina *caixas de ressonância* controladas pelos centros financeiros e econômicos dos países desenvolvidos do mundo ocidental e vêm influenciando as políticas econômicas, impondo alterações severas no encaminhamento das políticas sociais.

El pensamiento neoliberal no es sólo un pensamiento económico, es primordialmente un sistema político. Sus objetivos, así como su reproducción, exigen un discurso y una práctica política que niega lo político. En realidad, sostiene que los condicionantes económicos internacionales determinan un camino único a seguir, independientemente de la orientación política que governe (NAVARRO, 2000, p. 35).

⁵⁰ As fórmulas *a cada um segundo seus direitos, a cada um de acordo com suas necessidades* ou ainda *a cada um de acordo com suas possibilidades* expressam as divergências entre situações de justiça, ou seja, o que é o correto ou aceitável em relação aos critérios substantivos de justiça.

A centralidade do pensamento neoliberal tinha, como foco central, a crise do Estado de Bem Estar que, segundo interpretam Draibe e Henrique (1988, p.53),

ao pôr a nu todas as tensões estruturais do *Welfare State*, encaminharia necessariamente soluções negadoras daquele, fosse o fim dessa forma de regulação e, então, segundo os conservadores, uma volta aos sadios mecanismos do mercado, ou a edificação de uma nova estrutura, segundo os progressistas, mas próxima do que entendiam ser uma sociedade do bem-estar, assentada sobre um novo tipo de sociabilidade.

A partir de então, paulatinamente, vai se organizando um coro de críticas e dúvidas quanto à sua eficácia e irrompendo-se manifestações de descontentamento, partindo de grupos políticos da esquerda e da direita.

A crise atual, segundo Adam Przeworski e Michael Wallerstein (1988), coloca o capitalismo democrático na encruzilhada, e os rumos a serem tomados deverão trazer novos olhares ao que se argumentou, até hoje, sobre a gênese e a determinação do *Welfare State*, alterando antigas posições e reescrevendo novas.

Claus Offe (1994, 1989) e Draibe e Henrique (1988), entre outros autores⁵¹, analisam o que denominam contradição ou crise do *Welfare State*, integrando aspectos econômicos e políticos e incluindo visões e críticas políticas da esquerda e da direita.

Relata Offe (1994; 1989) que, até 1970, o Estado de Bem-Estar, a despeito das condições de guerra e do pós-guerra, conseguiu manter períodos de prosperidade e crescimento econômico, além de inovações e benefícios de ordem social. Suas múltiplas finalidades e seu caráter multifuncional, sua capacidade para intervir, simultaneamente, em muitas áreas e em muitas frentes, tanto no domínio econômico como político, mediando estratégias conflitivas, fizeram com que o mesmo fosse atrativo para uma ampla aliança de forças políticas extremamente heterogêneas. Interpreta Offe, que o próprio crescimento do Estado de Bem Estar foi, e vem sendo, a causa da explosão de suas contradições e dos ataques que vem sofrendo, de forças políticas de todos os matizes.

⁵¹ Grande número de cientistas políticos e analistas econômicos se debruçaram sobre a propalada crise do Estado de Bem-Estar. Entre estes, destacam-se: Claus Offe (1994), Vicenç Navarro (2000a, 2000b), Pierre Rosanvallon (1981, 1998), Gosta Esping-Andersen (2000, 2001), Anthony Giddens (1996), Adam Przeworski e Michael Wallerstein (1988). No Brasil, entre os autores que mais têm publicado sobre o mesmo tema, situam-se Sonia Draibe e Wilnes Henrique (1988), Paul Singer (1994), Gilberto Dupas (2001), José Luís Fiori (1995b) e Laura Tavares Ribeiro Soares (1999). Igual preocupação integrou as agendas da OCDE, Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial, a partir de 1970.

Para Offe (1994) as sociedades capitalistas se estruturam sobre a base de uma distribuição desigual de propriedade e o princípio organizativo do mercado é universal. Esse princípio mercantil, que inclui a mercantilização da força de trabalho, tornou-se dominante porque se liberou de qualquer restrição normativa ou coerção política, exigindo, entretanto, para seu funcionamento, um conjunto de instituições socializadoras e um sistema legal. Afirma taxativamente que “una sociedad basada sobre intercambios de mercado no puede funcionar sin el sistema familiar y el sistema legal (OFFE, 1994, p.45). É esse conjunto articulado que perdeu sua capacidade de *manejo da crise*.

Analizando o ataque proveniente das forças políticas conservadoras, sugere que o crescimento dessas críticas decorre da aguda recessão econômica que se abateu sobre os países ocidentais, a qual viabilizou o ressurgimento das doutrinas econômicas monetaristas e um *neo-laissez faire*. Tanto uma como a outra apontam que a intervenção estatal impede que as *forças sociais de paz e progresso*, ou seja, as forças do mercado, operem de modo apropriado.

Os conservadores argumentam que dois fatos concorrem para tal: a carga fiscal (as normatizações atribuídas ao capital, desestimulando os investimentos) e a garantia de direitos e de poder coletivo aos trabalhadores, que equivalem a um desincentivo para o trabalho. Portanto,

tomados conjuntamente, ambos efectos conducen a una dinámica de crecimiento declinante y crecientes expectativas, de ‘sobrecarga en la demanda’ económica (conocida como inflación) y a una sobrecarga en la demanda política (ingobernabilidad), que cada vez pueden satisfacerse menos por medio de la producción disponible (OFFE, 1994, p. 138).

Vicenç Navarro (2000a, 2000b) vem, sistematicamente, argumentando pelo eixo econômico, o que considera o suposto êxito neoliberal. É em suas últimas publicações⁵² que tem mais a oferecer ao debate.

Em relação ao crescimento econômico e controle da inflação, evidencia que, na década de 1960, em plena vigência da política keynesiana, as taxas de crescimento foram superiores às obtidas em 1980, quando os países da OCDE já haviam adotado as premissas econômicas

⁵² Notadamente em seus livros *Neoliberalismo y Estado del bienestar*, publicado em primeira edição em 1997 e atualizado na terceira edição em junho de 2000, e *Globalización económica, poder político y Estado del bienestar*, publicado em 2000.

da nova ordem liberal. Alega que não há comprovações empíricas de que o aumento da taxa de lucro conduza a um aumento de inversão.

Draibe e Henrique (1988) resgatam outra crítica para a crise do Estado de Bem Estar relacionada à ampliação demasiada da proteção social, que é veiculada, especialmente, pelos representantes da direita política. Explicam que as demandas vão se ampliando continuamente, fazendo com que o Estado atenda as pautas máximas e não mínimas de bem-estar, devido à força política dos grupos organizados e a necessidade de legitimação da elite estatal (DRAIBE, HENRIQUE, 1988). Nesse sentido, os orçamentos públicos se tornam insuficientes para fazer face aos gastos decorrentes de tal expansão.

Offe (1994) desmonta, em parte, as análises da direita, argumentando que as elites capitalistas e políticas conservadoras tendem a exagerar os prejuízos e, especialmente, aponta que a posição de poder dos investidores privados os coloca em condição de *definir* a realidade. Assim, se os mesmos dizem que há uma carga intolerável de impostos ou taxas, então, de fato, será uma carga intolerável.

Quanto à segunda crítica, afirma que, realmente, a legislação trabalhista coloca os trabalhadores em condição de resistir à exploração capitalista e a evitar trabalhos indesejáveis ou inseguros. Por outro lado, adverte que se o Estado regulamenta a relação capital-trabalho, que ocorre na produção, mantém intacta a estrutura de propriedade e o controle sobre a produção. Não estabelece um controle da produção a partir do empregado, acentuando a assimétrica relação entre capital e trabalho.

Conclui que a análise conservadora é débil e insustentável por duas razões. A primeira é que seria impossível conceber uma estratégia política orientada a reduzir parcialmente ou eliminar o Estado de Bem-Estar. Tal exigiria a eliminação da democracia, dos sindicatos e a remodelação dos partidos políticos. A segunda razão se funda no fracasso em demonstrar que mais capitalismo ou menos Estado de Bem Estar levaria a um modelo operativo. Alega que, sem um sistema de subsídios à habitação, educação pública, serviços de saúde e um sistema previdenciário eficiente, o funcionamento de uma economia industrial seria inconcebível. Para Offe,

el embarazoso secreto del Estado del Bienestar es que si su impacto sobre la acumulación capitalista bien puede hacerse destructivo (como tan enfáticamente demuestra el análisis conservador), su abolición sería sencillamente paralizante (un hecho sistemáticamente ignorado por los críticos conservadores) (OFFE, 1994, p. 142).

Uma crítica adicional que vem tendo repercussão e sendo aceita entre grande parte dos setores conservadores é identificada por Draibe e Henrique (1988) e também por Offe (1989, 1994). Refere-se à corrosão moral que o Estado de Bem Estar poderia ocasionar. Ou seja, a sua forma de ação vem despojando as pessoas de seus preceitos morais, de seus valores comuns e da solidariedade que existe na sociedade civil. Essa crítica desconhece, ou anula, um fato fundamental, que é a convivência em uma sociedade de mercado, onde o *ethos* capitalista acirra a competição pessoal e a busca contínua da acumulação, deixando reduzido espaço para atitudes solidárias e coletivas.

Os movimentos e partidos políticos de esquerda colocam, de forma reiterada, uma crítica de fundo ao Estado de Bem-Estar, embora não descartem as inovações e conquistas políticas, além do alcance de ganhos na esfera da proteção social, incluindo a trabalhista. Offe sistematiza essa crítica em três pontos: ineficácia e ineficiência, repressividade e criação de um falso entendimento da realidade social.

A ineficácia do Estado de Bem Estar se localiza em múltiplos aspectos. No plano da redistribuição de renda mantém uma redistribuição horizontal entre a classe trabalhadora e não uma vertical, de uma classe para a outra. No que diz respeito às medidas de proteção social, simplesmente atende as conseqüências dos malefícios que provoca, como as doenças do trabalho, a desorganização e deterioração das cidades e meio ambiente e o desemprego. Não elimina as causas que produzem tais situações, compensando-as por meio de alguns programas. Outra face da ineficácia do Estado de Bem Estar é a constante ameaça que sofrem os serviços sociais, sempre dependentes das crises fiscais dos Estados, que por sua vez refletem as crises cíclicas e estruturais do processo de acumulação. A forma de organização das instituições prestadoras dos serviços sociais, burocratizadas e crescentemente profissionalizadas, é uma fonte adicional de ineficácia, absorvendo mais recursos que produzindo bens e serviços.

A repressividade do *Welfare State* se relaciona ao controle da sociedade sobre a pessoa, ou seja, o usuário dos serviços tem que se tornar merecedor do mesmo, isto é, alguém que se submete às regras, normas e pautas de orientação dominantes na sociedade. Os comportamentos desviantes ou que fujam ao padrão usual, são penalizados. Offe denomina essa inter-relação entre as instituições estatais e os que delas dependem como uma “transacción de intercambio, donde se conceden beneficios materiales a los necesitados, a cambio que ellos

reconozcan sumisamente el ‘orden moral’ de la sociedad que engendra esas necesidad” (OFFE, 1994, p. 145).

Por fim, o *Welfare State* é percebido, pelos setores políticos de esquerda, como um dos mecanismos empregados para falsear a imagem da realidade, ou seja, de exercer uma função político-ideológica destacada e que inviabiliza ou dificulta ao extremo qualquer estratégia e qualquer ofensiva no sentido de transformação da ordem sócio-política vigente. Os mecanismos de socialização simulam a imagem irreal de que existe uma separação entre as esferas de trabalho (economia, produção e redistribuição primária de renda) e a esferas da cidadania (o Estado, a reprodução e distribuição secundária da renda). Por meio desses mecanismos, opera-se a divisão entre o mundo social e o político, escamoteando-se os vínculos que mantém entre si. Ao não relacionar sociedade de risco com ação democrática, impossibilita a formação de um consenso político que viabilize a transformação da sociedade. Passa aos trabalhadores a falsa idéia de que os fatos ocorridos na esfera da produção não estão relacionados com suas necessidades e contingências, ou seja, que estas não são consequência dos eventos ocorridos no processo produtivo. A igualdade política, proposta pela ideologia hegemônica, deixa de considerar que um conceito efetivo de cidadania “no solo presupone la expansión de ‘derechos de ciudadanía’, sino de los ‘derechos de los trabajadores’ en el proceso de producción” (OFFE, 1994, 146).

A grande crítica da esquerda política, enfim, é que o *Welfare State* atua no sentido de estabilizar a ordem capitalista e não para uma transformação desse sistema, pela via da distribuição da riqueza socialmente produzida.

Afirma Przeworski que está em curso um projeto de revolução burguesa pois pela primeira vez, depois dos anos 1920, a classe capitalista rejeita, de forma tão veemente, a interferência estatal. Considera que, depois de longo tempo, a direita tem um projeto histórico próprio, que é

libertar a acumulação de todas as cadeias a ela impostas pela democracia. Pois a burguesia jamais completou sua revolução. Logo que liberou a acumulação das amarras impostas pela ordem feudal, a burguesia foi forçada a sujeitá-la às limitações do controle popular exercido por meio do sufrágio universal (PRZEWORSKI, WALLERSTEIN, 1988, p. 43).

A percepção das elites e das massas, que até os anos 1970, era favorável ou pelo menos dava como certa a continuidade do Estado de Bem-Estar, nos anos 1980 altera-se de

maneira dramática e não prevista, como aponta Offe (1994). O mesmo autor sugere alguns indicadores que constroem um cenário para a alteração identificada:

- as derrotas eleitorais seqüentes dos partidos ligados à social-democracia e ao socialismo;
- a descontinuidade e a redução do nível absoluto de gastos orçamentários previstos e executados para as políticas sociais;
- a redução de programas vinculados ao desemprego em um período de recessão econômica;
- o crescente hiato entre as necessidades e benefícios efetivamente concedidos não conduziu a manifestações, em grande escala, em defesa do *Welfare State*, sendo canalizadas tais manifestações para outros problemas como os direitos dos cidadãos na linha da questão ambiental, pacifismo e o feminismo;
- fortes indícios de que o componente *igualitário-coletivista* do Estado de Bem Estar está perdendo seu significado entre a esquerda política sendo substituídos por projetos *libertários, antiestatistas e comunitários*.

Apoiando-se em Habermas, Offe (1994) sustenta que o Estado de Bem Estar se defronta, hoje, com um duplo problema que desvanece seu potencial mobilizador em busca de uma utopia igualitária. De um lado, é visto com desconfiança pela classe trabalhadora e categorias sociais com mobilidade ascendente, que reconhecem os ganhos obtidos, mas de outro, há a consciência da contradição interna entre o poder estatal e o mundo real, entre o método e a finalidade do Estado de Bem-Estar.

Em uma posição de defesa mais ampla do *Welfare State*, são pertinentes as observações resgatadas por Martínez de Pisón (1998), que alerta para o exagero das críticas neoliberais e da falta de evidências empíricas para sua sustentação. Desqualifica, igualmente, a crítica a partir de exemplos selecionados, contrários ao papel desempenhado pelo Estado de Bem Estar; da visão equivocada e reduzida de democracia e dos sistemas políticos e da desconsideração dos fenômenos de ruptura e conflito provocados pela liberdade, entendida no sentido neoliberal e dos direitos de propriedade como elementos e forças de redistribuição de riqueza.

Esping-Andersen (2001), refletindo sobre uma proposta de Estado de Bem Estar para o século XXI alerta que os debates sobre essa temática têm sido insatisfatórios por três razões:

as considerações sobre a forma de um novo papel estatal terminam caindo em tecnicismos e em aspectos pontuais e não globais de uma nova ordem sócio-econômica. Em segundo lugar, entende que as proposições de reforma global dos *Welfare State* são de cunho mais ideológico que, efetivamente, factíveis de implementação⁵³. Uma terceira razão, propriamente a mais objetiva, se refere aos imperativos de curto prazo, relativos aos custos de manutenção dos compromissos atuais. Nesse cenário, buscar ampliar princípios de justiça e eficiência seria, em sua análise, impensável.

Martínez de Pisón (1998), indagando se há uma crise do *Welfare State* ou uma crise da civilização, arrola uma série de evidências que, desde os anos 1980, vem produzindo fenômenos que afetam profundamente a civilização ocidental. Menciona alguns aspectos, todos estreitamente relacionados, que devem merecer uma reflexão e aos quais, uma forma vindoura de organização política deve, obrigatoriamente, dar respostas. Alerta que todas as situações estão intimamente imbricadas não se vislumbrando respostas isoladas. O aprofundamento violento das desigualdades sociais e econômicas leva à perda de confiança no sistema democrático, devido à percepção que o poder se encontra distante, ocasionando dificuldades para influir na orientação política. Assinala, também, o complexo funcionamento dos mercados financeiros e as suas conseqüências para as pessoas, para os Estados nacionais e até para a situação mundial; o risco ecológico, ao se constatar a degradação do meio ambiente e, finalmente, “el vertiginoso auge de los médios de comunicacion, el poder de la información y su proyección em la vida de los individuos de todas las sociedades al margen de su desarrollo econômico” (MARTÍNEZ DE PISÓN, 1998, p. 58).

No seu entendimento, a questão não é confirmar ou não a existência e o valor do Estado de Bem Estar. A centralidade da reflexão, para o jurista espanhol, é como revitalizar o Estado para que cumpra sua função de promover a solidariedade social e, mantendo o mercado, corrigir os imprevistos e os riscos da globalização.

Boaventura Souza Santos (1999) partilha do mesmo entendimento de Martínez de Pisón, manifestando sua preocupação com o futuro das sociedades atuais em face da desagregação de valores e da perda dos referenciais éticos que consolidam os direitos sociais.

⁵³ Cita como exemplo, a irreabilidade de sugestões como a privatização do Estado de Bem Estar ou o retorno à proteção social a partir da família ou comunidade.

Offe (1994), interpretando as tendências do quadro sócio-político da década de oitenta identifica três propostas que vêm se despontando como alternativas ao Estado capitalista de Bem-Estar, ainda que considere esse modelo de organização estatal irreversível.

A primeira se constitui na resistência articulada pela Nova Direita, que é apoiada por um segmento significativo do grande capital e de classes médias tradicionais, isto é, os pequenos comerciantes, pequenos proprietários rurais e profissionais liberais não assalariados. A proposta ideológica e a política sinalizam para a remercantilização da vida social, retomando o mercado a sua condição de *mão invisível*, competente para equilibrar as relações mercantis e a redução do poder político e administrativo. Complementando a centralidade do mercado, a Nova Direita propõe uma sociedade livre, patriótica, austera e pautada nos tradicionais valores familiares. Kymlicka e Norman (1997) criticam essa visão utópica de sociedade civil e de família, que anulam interesses diversos e que levam, inúmeras vezes, a comportamentos agressivos e violentos.

Uma segunda resposta, complementar à primeira, no sentido de reduzir as contradições do *Welfare State*, é o maior apoio às formas corporativas sob a supervisão do Estado. Tais formas corporativistas tenderiam a excluir as demandas demasiadamente políticas, instituindo canais informais de negociação entre os grupos de interesse. A finalidade desses acordos seria o desenvolvimento de um consenso entre as elites do poder para ajustar a política e a administração do Estado de Bem Estar às exigências do sistema econômico. Os acordos corporativistas são altamente inacessíveis para a população, com negociações secretas entre as elites, e aceitos, mais pela repressão e vigilância política do que legitimados por um controle público autônomo. A mais grave consequência para o Estado de Bem Estar é a redução de seu componente democrático, ao anular os limites institucionais entre sociedade civil e o Estado.

Finalmente, Offe (1994) considera uma terceira saída, democrática e, segundo seu entendimento, socialista, ao Estado de Bem-Estar. Parte do suposto de que o caráter altamente diferenciado e desigual das intervenções políticas do *Welfare State* favorece estratégias de resistência, que são instituídas e dinamizadas pela nova classe média e alguns setores-chaves do movimento sindical e político partidário. A finalidade da ação desses grupos e movimentos seria transformar o capitalismo de Estado de Bem Estar em uma sociedade de bem-estar, que seria descentralizada, com características igualitárias, com alto controle público e organização política democrática (OFFE, 1994, p. 37).

A proposta de uma nova sociedade de bem-estar, conforme veiculada por Offe (1994) não descarta o papel e a função do Estado (que seria redimensionado), a perspectiva democrática (com a retomada da importância da política e dos espaços públicos de deliberação) e o compromisso com o que vem sendo chamado de valores pós-materiais entendidos enquanto um padrão de resistência à ideologia consumista, apregoada pela sociedade mercantil e voltando-se para questões de gênero, dos direitos humanos, dos movimentos ecológicos e ambientalistas.

Os encaminhamentos para superação da crise, entretanto, trouxeram mais incertezas que resultados positivos e, no início dos anos noventa, devido às situações de empobrecimento generalizado dos países periféricos em níveis insustentáveis, mesmo pelos padrões mais liberais, as agências multilaterais propõem novas contratualidades entre Estado-sociedade civil e mercado para a redução da miséria⁵⁴. A emergência da pobreza, que é a evidência mais cabal da falência da utopia capitalista recoloca, em outros patamares, os ideais dos Estados modernos – liberdade e igualdade. A ordem societária atual busca uma série de igualdades justas que não são coincidentes e não vem, automaticamente, na esteira da liberdade.

Giddens (1996) justifica e sugere que a busca da igualdade exige ultrapassar as tradicionais dicotomias esquerda e direita, países ricos e pobres, e as questões de gênero, que devem ser analisadas por outro prisma. Por exemplo, as proposições da social-democracia indicam maior igualdade com uma certa restrição da liberdade, desde que não seja incompatível com o desenvolvimento capitalista.

Atualmente, esta tensão vem se fragilizando, chegando a um extremo de se olvidar a igualdade. As propostas de um modelo gerativo de igualdade⁵⁵, acoplado ao de nivelamento (GIDDENS, 1996, 1999), são débeis, face à situação de profunda desigualdade distributiva nos e entre os países. A proposição de mudança de estilo de vida, buscando, de outras formas, o que Giddens considera bens relevantes – segurança, amor-próprio e auto-realização parece ser difícil de ser alcançada igualmente por todos. Nessa lógica argumentativa repõe-se a questão de Esping-Andersen (2000): igualdade em que? E a tendência parece ser a construção de parâmetros mais flexíveis para se aquilatar a igualdade.

⁵⁴ Juarez Lopes Brandão publica, em 1994, uma síntese das propostas do PNUD, Banco Mundial e CEPAL para o enfrentamento da pobreza.

Com a internacionalização dos agentes econômicos privados e a privatização dos serviços públicos de infra-estrutura, levando a um aumento desmedido da pobreza e desemprego, os governos acabam, inevitavelmente, sendo pressionados para garantir uma certa "proteção social" às crescentes populações carentes, em contradição com seus recursos fragilizados pela meta imperiosa de equilíbrio orçamentário (DUPAS, 2001).

Dupas argumenta que, mesmo não se adotando uma visão de fins dos tempos, com o avanço desenfreado do capitalismo, especialmente do capital financeiro, é inegável que vem se criando um proletariado à “*la Blade Runner*”, que seria o destino daqueles que não conseguem se adaptar às novas tecnologias e à globalização – uma subclasse revoltada, amargurada e violenta (DUPAS, 2001).

Na esfera internacional, a forma de articulação entre o Estado, a sociedade e o mercado, típica do *Welfare State*, foi e vem sendo questionada pelos sujeitos políticos que criticam determinada forma de ação estatal e que apontam para a necessidade de remodelação de seu formato e de suas funções.

Começou, assim, a tomar corpo no final da década de 1960, consolidando-se na década de 1970, a idéia do Estado Mínimo, com a proposta de maior liberdade econômica, da flexibilização da legislação trabalhista e da redução de impostos. Estas propostas complementam-se, na esfera sócio-política, com a redução do sistema previdenciário e dos serviços sociais, entre estes os serviços de saúde⁵⁶.

No que se refere ao Estado, as mudanças que vêm sendo processadas traduzem-se em alterações jurídico-formais nas mais diversas áreas, entre as quais, a que se refere à concepção e garantia de direitos, especialmente os da Seguridade Social, reduzindo o papel estatal nos mecanismos de proteção social e alargando as fronteiras do espaço privado. Certamente,

isso representa um deslocamento das preocupações dominantes nos processos de democratização, em que o reordenamento das políticas sociais estava diretamente associado à participação e gestão democráticas e à adequação da estrutura do gasto e

⁵⁵ Estas propostas tiveram sua origem na Inglaterra e vêm sendo chamadas de via alternativa ou terceira via e ao redor da mesma se alinham lideranças sociais-democratas representativas de países desenvolvidos do continente europeu.

⁵⁶ Não se pretende e nem é o momento analisar este cenário, especialmente por que vem sendo intensamente debatido por inúmeros autores. Entre outras análises, destacam-se as de Esping-Andersen (2000), Vicenç Navarro (2000a, 2000b), Claus Offe (1989, 1994) Pierre Rosanvallon (1984), Elis Diniz (1996), Francisco de Oliveira (1994), José Luís Fiori (1995a), Luiz Carlos Bresser Pereira (1997) e Milton Friedman (1985) que, partindo de referenciais e posições distintas, analisam o mesmo objeto e suas implicações e derivações para as sociedades contemporâneas.

financiamento à geração de igualdade e de proteção social com claras tendências universalistas (TAPIA, HENRIQUE, 1997, p.4).

Após o esgotamento das possibilidades de manutenção das práticas keynesianas o debate acabou balizando-se entre a idéia de um *Estado mínimo* - que não crie nenhum embaraço ao mercado - e de um *Estado forte* - que saiba atuar no mundo globalizado minimizando seus conflitos, inclusive a exclusão social.

O relatório do Banco Mundial, de 1997, *O Estado em um mundo em transformação* (BANCO MUNDIAL, 1997), aponta os motivos e justifica a preocupação, no seu entender generalizada, sobre a redefinição e os limites do novo Estado: a explosão das economias socialistas; a crise fiscal do *Welfare State*, em boa parte das economias desenvolvidas; o colapso dos Estados e a explosão de "emergências humanitárias", notadamente nos países em desenvolvimento; e o papel importante do Estado, nas economias asiáticas. Certamente, a nova percepção do fenômeno da exclusão social é uma destas "emergências humanitárias", categoria que obscurece outras interpretações mais abrangentes para os processos de exclusão social e econômica verificados atualmente.

As sugestões do Banco Mundial (1997) para o reordenamento do Estado, no sentido de superar a crise e renovar sua eficácia reguladora, compreendem o encaminhamento de ações que garantam um desenvolvimento sustentável⁵⁷ e que resultem em redução da pobreza, pelo retorno à governança e o estímulo ao livre mercado. Tal exigiria a revitalização da capacidade institucional e a eliminação dos obstáculos às mudanças pretendidas.

Segundo Dupas (2001),

essa derradeira posição do Banco Mundial parece ter implicado a revisão de conceitos mais liberais que caracterizaram as recomendações dessa instituição até recentemente. Não se trata mais de reduzir radicalmente o papel do Estado, mas de modificá-lo profundamente, transformando-o e fortalecendo-o para novos papéis fundamentais.

Afirma o mesmo autor que a reversão da posição das agências internacionais de financiamento e fomento ao desenvolvimento tem reiterado um novo papel ao Estado, não como um substituto do mercado, mas como o coordenador das políticas sociais e econômicas

⁵⁷ Desenvolvimento sustentável, entendido como uma forma de se otimizar o crescimento econômico e o bem estar social, preservando o meio ambiente e se reduzindo a participação estatal a uma função coordenadora desse processo.

e o organizador dos novos pactos, necessários para a continuidade das sociedades democráticas.

Caberia lembrar aqui com o objetivo de ampliar a reflexão e orientar a análise sobre o direito à saúde, a contribuição de Gosta Esping-Andersen (2000). Se o ponto de vista de Esping-Andersen implica em um elenco de questões e algumas dificuldades analíticas⁵⁸ que fogem ao propósito desse trabalho, é particularmente relevante para se entender os paradoxos e as conseqüências das propostas de atenção social, especialmente as relativas à proteção à saúde, nos tempos atuais.

Contrapondo-se às análises dominantes sobre os determinantes da crise do *Welfare State*, Esping-Andersen (2000) indica que os problemas que o afetam estão vinculados ao funcionamento precário do mercado e da família. O primeiro parece incapaz de proporcionar pleno emprego e a igualdade – a promessa do *Welfare State* – e a segunda, tradicionalmente o núcleo do cuidado e da integração social, encontra-se, ela mesma, em situação de instabilidade e se pode dizer, igualmente em crise. Indica que os riscos de expansão desmedida da pobreza e da exclusão não são características “inherentes e inevitables de nuestra sociedad, sino que nacen de dos instituciones que ‘funcionan mal’: el mercado de trabajo y la familia” (ESPING-ANDERSEN, 2000, p. 12). Este funcionamento perverso potencializa o número de *perdedores* permanentes, entre os quais se encontram os jovens e as famílias monoparentais, e sendo que, na avaliação do autor,

a Europa está lista para acoger a las nuevas clases sociales popularmente acuñadas: el “equipo A” y el “equipo B” en Dinamarca, la “sociedad de los dos tercios” en Alemania, la “sociedad de dos velocidades” en Francia, o la nueva “subclase” en Gran Bretaña y Estados Unidos (ESPING-ANDERSEN, 2000, p. 20).

Considera que os conceitos de igualdade e Estado de Bem Estar, até há pouco tempo utilizados como sinônimos, vêm deixando de ser a representação do capitalismo de bem estar do pós-guerra. Torna-se uma exigência apreender os novos sentidos de igualdade para se avaliar o limite que vai se permitir a desigualdade para garantir o crescimento do mercado de trabalho ou, ainda, a continuidade da expansão capitalista. Essa sua observação repõe os

⁵⁸ Se a alternativa de Esping-Andersen quanto aos encaminhamentos das políticas sociais européias evidencia sua adesão a uma proposta rawlsiana, o seu diagnóstico contribui para esclarecer e avaliar os impactos recentes das medidas sociais adotadas na América Latina e, notadamente, no Brasil.

argumentos de Offe (1994) retomando, ainda que de modo distinto, o valor do mercado e da família para um revigoramento do *Welfare State*.

Há que se alertar para as diferenças entre os países sobre as condições de maior ou menor homogeneidade, onde haveria mais semelhanças identitárias. Ter-se-ia, assim, uma nova articulação e novas funções para as instituições ordenadoras do sistema capitalista, do sistema normativo e organizativo. No caso do sistema normativo e de socialização, haveria uma revisão do valor familiar e das instituições comunitárias. Em relação ao sistema organizativo, seriam atribuídas novas funções ao Estado, visto que seu papel regulador deve operar mais ao lado do sistema normativo e de socialização, no caso do atendimento para as necessidades desmercantilizadas⁵⁹. Quanto às suas funções de organizador e facilitador da expansão capitalista, a transferência da proteção social para a família e para o mercado favorece o uso do fundo público para a expansão do capital (ESPING-ANDERSEN, 2000).

Os limites para os gastos públicos com a área social impedem uma reforma no padrão de atenção de grande alcance, que seria obtido mediante ampliação de investimentos em educação, em formação de mão de obra mais qualificada e ampliação e de programas de bem estar social. As economias atuais, baseadas no conhecimento, multiplicam o que denominam de *ganhadores e perdedores*, aumentando o fosso entre as pessoas qualificadas e não qualificadas. Não haverá a garantia de emprego mesmo para as qualificadas, pois, argumenta que, as novas economias de serviços puderam criar postos de trabalho, mas não podem garantir salários bons para todos. Tal obriga a refletir sobre duas normas básicas, quando se implementam políticas sociais: a primeira é a impossibilidade de se utilizar estrategicamente a educação, como em épocas passadas, para reduzir a desigualdade, visto que uma ação deste tipo excluiria os que tem menos qualidade e não se integrariam aos reduzidos postos oferecidos pelo mercado de trabalho, exigindo, portanto, que se redistribuam recursos para estas famílias. A segunda norma básica indica que

los nuevos retos de la política social no pueden afrontarse mediante impuestos o gastos adicionales como un simple porcentaje del PIB. Por eso es fundamental decidir como mejoramos el “status quo”. Los conflictos de derechos y las cuestiones de equidad se controlan facilmente cuando el pastel a repartir es mayor. En cambio, cuando tenemos que dividir el pastel en varias porciones de distinto tamaño, es difícil evitar un enfrentamiento de intereses. Así, pues, si debemos alcanzar un mayor equilibrio entre fomentar la eficiencia y salvaguardar la equidad, no seremos capaces de actuar a menos que lleguemos a un acuerdo sobre un criterio de justicia básico y consensuado (ESPING-ANDERSEN, 2000, p. 2).

⁵⁹ As necessidades são desmercantilizadas ou mercantilizadas, dependendo de sua capacidade se agregar ao mundo mercantil e tornar-se uma fonte de renda.

Em relação a uma definição das bases para um novo consenso, deve-se recordar do aspecto político que uma definição desta natureza requer. É sabido, e de certo modo uma evidência, que a desqualificação do espaço público em relação à esfera privada veio reduzir as possibilidades da política como *locus* de discussão e definição de alternativas.

Segundo Mouffe (1996), uma das primeiras providências para se construir um novo projeto, no qual os direitos são tanto expressão das diferenças como uma realidade concreta, é a recuperação da ordem política democrática. Sinaliza a autora que a indistinção entre posições de esquerda e direita, ou entre posturas que refletem a escolha entre patamares de igualdade e liberdade e ainda a definição de outra disjuntiva presente, a escolha entre os princípios de justiça e eficiência, obscurecem os antagonismos existentes em qualquer ordem social. “Isto significa que a atual indistinção de fronteiras políticas entre a esquerda e a direita pode ser prejudicial para a política democrática, uma vez que impede a constituição de identidades políticas distintas” (MOUFFE, 1996, p. 15-16). Alerta, ainda Mouffe (1996), para o risco da ilusão do consenso e da unanimidade, que leva ao que denomina capitalismo democrático-liberal, onde a dimensão política retorna ao proposto por Hayek, limitando-se ao domínio da legalidade e excluindo grupos populacionais inteiros cujo “estatuto de subclasse praticamente os coloca fora da comunidade política” (MOUFFE, 1996, p. 16).

CAPÍTULO 2

2 A CIDADANIA SOCIAL NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

2.1 Olhares diversos sobre os direitos sociais

Tendo em vista ser a referência central desse trabalho o direito à saúde, torna-se fundamental apresentar as concepções que subsidiaram a análise, bem como os desdobramentos atuais sobre a natureza dos direitos sociais, entre os quais se inclui o direito à saúde, evidenciando as distintas expressões decorrentes da inter-relação entre o Estado, a sociedade e o mercado.

Justifica-se sua apreensão pelo eixo do *Estado de Bem Estar*, ao se entender que os direitos sociais se materializam em de políticas sociais, consolidando-se, de forma desigual, nos países das sociedades capitalistas ocidentais, onde se pode reconhecer a existência de algum tipo de Estado dessa natureza. Tal abordagem permitiu analisar os seus diferentes conteúdos e as explicações derivadas dos arranjos econômicos e políticos que os sustentam, reconhecendo que os direitos sociais, no *Welfare State*, retratam a face social da cidadania.

A opção pelo eixo *direito e também direito à saúde* decorre, por outro lado, da percepção de sua densidade conceitual, na medida em que têm sido aglutinadores de identidades e interesses, individuais e coletivos, implicando alterações nas relações entre o Estado⁶⁰ – sociedade – mercado, determinando responsabilidades, agendas e institucionalidades para sua garantia, provocando, conseqüentemente, novos contratos e acordos, entre a sociedade política e sociedade civil.

Quando se apontam categorias como cidadania social, ou direitos sociais de cidadania, tem-se clareza do limite que essa decisão impõe, situada no campo dos direitos, nomeados pelas tendências teóricas críticas, de direitos burgueses.

⁶⁰ Estado considerado no sentido gramsciano, englobando a esfera da sociedade civil e sociedade política, hegemonia revestida de coerção. Conforme indica Semeraro (1999, p.74), “o Estado moderno não pode ser entendido unicamente como aparelho burocrático-coercitivo, como ‘vulgarmente’ a maioria da população pensa. Suas dimensões, de fato, não se limitam aos instrumentos exteriores de governo, mas compreendem, também, a multiplicidade de organismos da sociedade civil, onde se manifesta a livre iniciativa dos cidadãos, seus interesses, suas organizações, sua cultura e valores, e onde praticamente se enraizam as bases da hegemonia”. Chama-se a atenção para a concepção adotada, uma vez que sustenta as argumentações decorrentes sobre a formação de consensos e hegemonia.

Ao nível de la teoria, se trata de una evolución natural del discurso político, ya que el concepto de ciudadanía parece integrar las exigencias de justicia y de pertenencia comunitaria, que son respectivamente los conceptos centrales de la filosofía política de los años setenta y ochenta. El concepto de ciudadanía está íntimamente ligado, por un lado, a la idea de derechos individuales y, por el otro, a la noción de vínculo con una comunidad particular (KYMLICKA, NORMAN, 1997, p. 5).

Ao serem subsidiários dos direitos do homem, assumem as mesmas características dos direitos morais, ou seja, são apreendidos como antecedendo a qualquer ordenamento jurídico-formal, estando firmados em um estatuto normativo e institucional⁶¹.

Contrariando uma abordagem clássica dos fenômenos jurídicos, entre os quais se inscrevem os direitos sociais, a teoria crítica aponta que as condições jurídicas, ou formas políticas, não se explicam por si mesmas, como pretendem os defensores dos procedimentos normativos, que difundem uma idéia de justiça autonomizada das condições objetivas, independente dos modos de organização da produção e reprodução social.

Ses fondements reposent au contraire sur les conditions de la vie matérielle, et c'est dans l'Economie politique qu'il y a lieu de chercher l'anatomie du droit et de la société civile dont il exprime la physionomie. Ceci parce que derrière le droit se profilent toujours des rapports sociaux et que ces rapports naissent dans le processus de production (STOYANOVITCH, 1974, p.7-8).

Desse modo, qualquer análise sobre instituições no plano do direito, nessa abordagem, implica em articulá-la às condições reais de existência, tendo como pressuposto as relações econômicas e sociais que condicionam, no limite, os fenômenos jurídicos e políticos⁶².

Considera-se, na mesma linha de Kymlicka e Norman (1997), Mouffe (1996) e Dagnino (1994), que a cidadania é mais que um conjunto de direitos e responsabilidades envolvendo um sentido de *identidade política* e de *pertencimento a uma comunidade política*, uma cidadania ativa no sentido forte do termo, que expressa o *direito a ter direitos* de forma igualitária, na definição e invenção de uma nova sociedade. Não se aceita, contemporaneamente, a cidadania simplesmente como um conjunto de direitos e responsabilidades. É, também, uma identidade e o sentido de pertencimento a uma comunidade política.

⁶¹ Institucional considerado no sentido de normatização de comportamentos e costumes.

⁶² Entendo, no campo da apreensão da concepção do direito e do Estado, como sendo o último a instância ordenadora do primeiro, contendo, estruturalmente, uma essência social, ou seja, como consequência de uma construção histórica, não sendo permanente e não antecedendo as formações sociais. Por essa mesma razão não partilho da concepção de um direito social ou econômico como um evento natural, existente de *per si*, mas sim como uma construção a partir das relações de produção e reprodução social, concretas e objetivas.

Tendo como base a premissa acima, novos aportes vêm sendo incluídos na discussão sobre os direitos sociais, mormente os que os apreendem como aglutinando interesses e favorecendo a abertura de instâncias de confrontos e negociações entre o Estado, o capital e o trabalho.

Na conceituação de Kymlicka e Norman (1997, p. 25),

para la mayor parte de la teoría política de posguerra, los conceptos normativos fundamentales eran democracia (para evaluar los procedimientos de decisión) y justicia (para evaluar los resultados). Cuando se hablaba de la idea de ciudadanía, se la veía como derivada de las nociones de democracia y justicia: un ciudadano es alguien que tiene derechos democráticos y exigencias de justicia. Pero hoy toma fuerza a lo largo de todo el espectro político la idea de que el concepto de ciudadanía debe jugar un rol normativo independiente en toda teoría política plausible, y que la promoción de la ciudadanía responsable es un objetivo de primera magnitud para las políticas públicas.

Essa vertente os vislumbra como espaços possíveis de construção de uma nova cultura política, não superando, mas ao lado das estruturas partidárias e sindicais, que têm sua centralidade construída a partir do vetor luta de classes, sendo insuficientes para dar conta de explicar os conflitos sociais contemporâneos. Entre estes se situam, especialmente, os que dizem respeito à satisfação das necessidades concretas e cotidianas, o que exige a presença de responsabilidades e direitos, ou, de acordo com a literatura política, virtudes cívicas e direitos.

Vem se constituindo, assim, na contemporaneidade, um novo olhar sobre os direitos, mormente os sociais, deslocando-os de uma perspectiva formalista, a-histórica, para assentá-los em vetores mais concretos e palpáveis, nas condições reais de existência e particularizados em cada formação social. A busca dos novos direitos sociais se situa como uma instância de lutas coletivas, tendo como palavra de ordem, o *direito a ter direitos*, consoante indicação de Vera Telles (1994a).

Caberia lembrar que a afirmação acima traduz uma indicação teórica e analítica clara, que pode ser encontrada em Oliveira (2002), quando afirma que a cidadania é mediada pelo espaço público, é mediada pelas instituições, o que exige uma expressão coletiva. Há a exigência, ainda, da autonomia,

a plena capacidade de intervir nos negócios da sociedade, e através de outras mediações, intervir também nos negócios do Estado que regula a sociedade da qual ele faz parte. Isso na concepção ativa de cidadania, não apenas de quem recebe, mas na verdade de um ator que usa seus recursos econômicos, sociais, políticos e culturais para atuar no espaço público.

A autonomia, para o autor, não é uma categoria *vazia*, pelo contrário, ela significa que o cidadão só tem esse atributo quando consegue acessar, trabalhar, utilizar os recursos de acordo com sua contemporaneidade. Não é uma autonomia unicamente no plano formal, mas a autonomia que lhe permite viver e reconhecer a alteridade dos outros, o que é fundamental em sociedades complexas.

Ainda vale apropriar-se de outra afirmação de Oliveira (2002), que, ampliando sua tese sobre os direitos e sobre a cidadania, trata a questão da autonomia como exigência para atuação no espaço público, como uma construção que não se finda ao se obter a garantia de um direito. Nesse campo, pode-se recordar os dois critérios que definem o alcance do bem estar, ou o limite para a garantia dos direitos sociais: a autonomia e a sobrevivência.

Para Oliveira, que não deixa de tecer vigorosas críticas ao conceito limitado de cidadania, quando esta se restringe ao contribuinte, ou ao cidadão consumidor, a construção da cidadania exige que se integre cada uma das especificidades que compõem as dimensões particulares dos seres humanos, ou antes, “é a partir dessas especificidades que você constrói a cidadania” (Oliveira, 2002).

Ao iluminar aspectos essenciais da discussão, Oliveira, aponta para o trânsito entre as dimensões que compõem a cidadania e a proteção social a partir do Estado, como uma das condições de sobrevivência e autonomia. Resgata, nesse movimento, a importância das mediações institucionais para a ampliação do espaço público.

Embora a idéia da proteção social pública, ainda que em certas situações, tenha uma aceitação quase inconteste, mesmo entre as tendências vinculadas ao pensamento liberal, o debate, hoje, sobre o tema, é permeado por um novo registro. Como aponta Espada (1997) vem ocorrendo uma metamorfose no enquadramento da reflexão, ou em outros termos, questiona-se o conteúdo ou o domínio dos direitos, especialmente os sociais e econômicos, próprios do século XX⁶³.

O fio que entrelaça a teia dos componentes acima como um todo integrado, tal como aparecem na realidade, sugere os direitos sociais como produtos de uma construção histórica dentro da tradição liberal.

⁶³ No plano jurídico os direitos sociais são classificados como direitos positivos, visto que envolvem a pretensão a determinados bens (sociais e econômicos) e exigem uma ação positiva para sua consecução, em contraposição aos direitos civis e políticos clássicos, nominados de direitos negativos, pois geralmente reclama unicamente uma tolerância negativa por parte das outras pessoas. Em consequência, os direitos sociais são pretensões e não apenas liberdade, já que implicam na obrigação de terceiros para sua satisfação (BOBBIO, 1992).

Enquanto princípio regulador, os direitos se submetem às alterações estruturais e conjunturais, perpassado pelas contradições e movimentos da sociedade civil e do mercado, que determinam, por sua vez, mudanças nas relações entre esta e o Estado (TELLES, 1994a).

Thomas Humphrey Marshall (1967)⁶⁴ aponta que a cidadania, no sentido moderno, conteria um conjunto de direitos⁶⁵ de natureza diversa: os civis, políticos e sociais.

Os direitos civis seriam os referentes e necessários à liberdade individual, tais como o direito de ir e vir, de pensar livremente, de expressar uma fé, de possuir uma propriedade, de estabelecer contratos válidos e, especialmente, o direito à justiça. Esse último garante ao indivíduo, em tese, os demais direitos, independente de quaisquer requisitos ou critérios.

O componente liberal do direito civil localiza-se na manutenção de uma esfera da vida social que permanece fora da órbita estatal, notadamente as relações de mercado e outras iniciativas privadas. Configura-se como a garantia legal de autonomia e liberdade, sob o império da lei.

Os direitos políticos estão relacionados a escolhas de projetos e propostas de sociedade, pelo exercício do voto – votar e ser votado, isto é, participar no poder político de uma das duas formas indicadas. A construção do direito político inicia no século XIX e se consolida, efetivamente, com o aparecimento de uma classe social capaz e preparada para lutar por sua garantia na estrutura social. O intenso processo de urbanização daquele período favoreceu o surgimento dos partidos de massa, que tensionaram, fortemente, a ampliação dos direitos políticos, estendendo-os, paulatinamente, para os trabalhadores, para as mulheres e, recentemente, para os analfabetos. A via democrática fornece a necessária legitimidade ao Estado de direito, sendo considerado o *povo* como a fonte última de autoridade, exercida através do voto, da instituição de partidos políticos, da regra da maioria e de eleições gerais.

Os direitos sociais, típicos do século XX, incluem “o direito a um mínimo de bem-estar econômico e de segurança, ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado, de acordo com os padrões que se estabelecem na sociedade” (MARSHALL, 1967, p. 113).

⁶⁴ Coimbra aponta algumas fragilidades na concepção de cidadania de Marshall, devido a sua linearidade, à ausência de contextualização histórica e aos processos subjacentes à afirmação de cada um dos direitos (COIMBRA, 1987, p. 82).

⁶⁵ Retoma Offe (1994), o que considera significativo na teoria de Marshall, para a compreensão da construção dos direitos, especialmente os sociais, que é o reconhecimento da importância de uma esfera pública para sua legalização. Tal dimensão pública seria a garantia do universalismo sobre os particularismos dos poderes dominantes.

Complementa Offe (1994, p.169) que a noção de direitos, ou de cidadania, nos Estados liberal-democráticos de Bem-Estar, abrange três aspectos: os cidadãos são fonte última da vontade política (cidadania política), os ‘súditos’ que mantêm uma esfera autônoma de ação social cultural e econômica privada (cidadania civil) e são “clientes que dependem de servicios, programas y bienes colectivos suministrados estatalmente para asegurar sus medios materiales, sociales y culturales de supervivencia y bienestar en sociedad”. Tais componentes da cidadania têm suas raízes fincadas nas teorias políticas do liberalismo, na democracia e no Estado de Bem-Estar.

A concepção de cidadania marshalliana vem sendo denominada de *passiva* ou *privada*, dada sua ênfase nos direitos puramente passivos e na ausência ou irrelevância de participação na vida pública para sua obtenção. “Este punto de vista estuvo casi enteramente definido en términos de posesión de derechos” (KYMICKA, NORMAN, 1997, p. 7).

A partir da segunda metade do século XX, podem ser identificadas, nas produções teóricas sobre a cidadania, duas tendências críticas. A primeira, a exigência de se superar a sua concepção passiva, com o exercício ativo de responsabilidades e das *virtudes cidadãs* (a auto-suficiência econômica, a participação política e o civismo). A segunda, assinala a exigência da revisão do próprio conceito de cidadania, no sentido de incorporar o crescente pluralismo social e cultural das sociedades modernas, conforme sinalizam Kymlicka e Norman (1997).

À primeira crítica, as respostas são diversas, tendo sido sumariadas por Kymlicka e Norman (1997). As virtudes cívicas e as responsabilidades, para a *Nova Direita*, podem ser apreendidas a partir da esfera privada, sendo o mercado o espaço de seu aprendizado efetivo, equilibrando as desigualdades, exigindo uma participação ativa dos concorrentes e funcionando como uma balança e um freio para limitar interesses exacerbados. As *tendências de esquerda* e os defensores da democracia participativa afirmam que a participação política levaria à cidadania responsável, apontando o papel das decisões coletivas como uma escola para a cidadania plena. A *tradição cívico-republicana* moderna considera a participação política, nas instâncias representativas, como uma forma de coexistência superior, contendo em si, os atributos da cidadania ativa. Os *teóricos da sociedade civil* entendem, por sua vez, que o aprendizado da responsabilidade e das virtudes cívicas é efetivo e eficaz a partir das organizações voluntárias da sociedade civil. Por último, a resposta das *teorias de la virtud liberal* é o restabelecimento da capacidade crítica e autonomia dos sujeitos, sendo as

institucionais educacionais públicas fatores relevantes para tal (KYMLICKA, NORMAN, 1997, p. 15-25).

Assim, as explicações e as sugestões para a ampliação do estatuto da cidadania sugerem ora o mercado, ora a família, ora a ação política, ora a educação, ora as organizações da sociedade, como matrizes da expansão da cidadania responsável, compondo duas tendências analíticas. A primeira, com uma clivagem de conteúdo mais normativo, com expressões políticas e jurídicas, a outra, que a apreende desde sua concretização, via a introdução, na agenda pública, de mecanismos e estratégias com vistas a sua garantia com financiamento estatal e alcance coletivo.

Sob as duas perspectivas, a garantia dos direitos sociais vêm, cada vez mais, se impondo como uma exigência para a consolidação democrática e para a ampliação da cidadania, denominada social, nos marcos do sistema capitalista contemporâneo.

Atualmente, de acordo com Barbalet (1989), a cidadania tem, primordialmente, um estatuto político, mas também exige uma reflexão sobre as capacidades não políticas dos cidadãos, derivadas dos recursos sociais que dominam e aos quais têm acesso. Assim, “um sistema político com igualdade de cidadania é na verdade menos do que igualitário se faz parte de uma sociedade dividida por condições de desigualdade” (BARBALET, 1989, p. 11).

A indicação de Barbalet alerta para uma polêmica que não pode ser dispensada do debate, ou seja, a inter relação entre os três tipos de direitos – civis, políticos e sociais - e as argumentações que uma ou outra posição defendem.

Ao se reconhecer que os direitos se situam dentro da ordem capitalista, sendo definidos estruturalmente em cada formação social, e apresentando uma expressão relativamente conjuntural, ocasionada pela feição particular em cada momento e espaços determinados, tem-se um cenário limitado por este tipo de conformação social. A análise desse movimento permite identificar a dinâmica polarizada das forças políticas, no qual um dos pólos busca alterar as condições societárias existentes e outro pretende mantê-las, em nome de princípios e valores ético-políticos distintos. De um lado, vertentes políticas mais liberais, denominadas de Liberalismo Libertário ou de Nova Direita, questionam a pertinência de se atribuir aos direitos sociais o mesmo estatuto e as garantias conferidas aos direitos clássicos. No campo oposto, os herdeiros do Socialismo Igualitário, ou a atual Social-democracia, sem fugir dos limites capitalistas, propõem a expansão das ditas garantias sociais e um mesmo estatuto para as três esferas da cidadania – civil, a política e a social.

Buscando superar o impasse acima enunciado, João Carlos Espada (1997) analisa, em profundidade, as duas visões antagônicas quanto aos direitos sociais, às quais o autor nomeia de neoliberalismo e socialismo, apontando, em seguida, sua tese. Argumenta que, tanto a primeira como a segunda visão, partem de pressupostos equivocados, tratando-os desde uma perspectiva de teoria global de justiça ou no plano da justiça distributiva. Propõe que os direitos sociais e econômicos sejam considerados como “algo que dá origem a um chão comum abaixo do qual ninguém deve recear cair, mas acima do qual podem surgir e florescer desigualdades sociais” (ESPADA, 1997, p.19). Para o autor, os direitos são individuais e decorrem de dois pressupostos básicos: a liberdade de expressão e a inviolabilidade da pessoa.

Para defender sua tese, utiliza o método que denomina de análise crítica dos argumentos dos autores que representam as duas tendências contraditórias sobre a natureza e o estatuto dos direitos sociais: Friedrich A. Hayek⁶⁶ e Raymond Plant.

Tomando como referência o estudo de Espada, ainda que discordando de suas conclusões, pontua-se alguns aspectos que fundamentam e esclarecem as posições divergentes entre os dois paradigmas contrastantes, em relação aos conteúdos e a natureza dos direitos sociais:

Hayek⁶⁷, reconhecidamente um teórico defensor da teoria liberal, parte da consideração que há uma incompatibilidade irreduzível entre os direitos tradicionais – os civis e os políticos – e os sociais e econômicos. Tal irreduzibilidade se funda em argumentos de diversas naturezas, os quais são conduzidos com rigorosa coerência interna.

Sua tese central é que a implementação dos direitos sociais, via imposição legal, significaria o colapso das bases das sociedades liberais. O Instituto Liberal, afirma que,

Hayek procurou mostrar que a tendência de substituir-se a ordem espontânea e infinitamente complexa de mercado por uma ordem deliberadamente criada pelo engenho humano e administrada por um sistema de planejamento central acabava resultando inexoravelmente no empobrecimento e na servidão (INSTITUTO LIBERAL, 2002).

⁶⁶ Ralf Dahrendorf, no prefácio do livro de João Carlos Espada (1997), aponta que a escolha de Hayek se deve às suas qualidades de teórico político, devido à sua vigorosa negação das liberdades positivas, exigidas quando se pensa em direitos sociais. Hayek é reputado como um dos representantes das visões da Nova Direita.

⁶⁷ Em 1944, publicou *O caminho da servidão* (*Road to Serfdom*), considerado pelos liberais como um brado de alerta contra os movimentos políticos que então se expandiam na Europa continental e que acreditavam ameaçar a liberdade e os direitos individuais (INSTITUTO LIBERAL, 2002).

Ao exigir obrigações reais de agentes reais, levaria “à destruição da ordem liberal que permitira que os direitos tradicionais florescessem, bem como a destruição da riqueza material a ela associada” (ESPADA, 1997, p. 32). Um modo de proceder nessa linha levaria a que as sociedades se tornassem totalitárias, interditando a construção da riqueza que ocorre unicamente em espaços livres de qualquer regulação. Acredita que a aplicação da justiça social acarretaria não somente uma substituição da justiça comutativa pela distributiva como ainda acrescentaria custos que teriam conseqüências altamente funestas à ordem liberal.

Firmando uma posição colada ao direito privado e à função protetora do Estado das liberdades negativas, acredita não ter sustentação moral uma exigência da ordem dos direitos sociais e econômicos, além de criticá-los devido ao seu conteúdo abstrato e impreciso, conforme são expressos na Declaração Universal dos Direitos do Homem⁶⁸. Argumenta, a favor de sua tese, de que a Declaração não atribui a alguém a obrigação ou o ônus de os assegurar, além de não definir uma instância regulatória a respeito dos mesmos. Esse seu argumento restringiria também a impossibilidade de consideração de direitos universais, aplicáveis indistintamente em todas as sociedades.

Em torno desse pressuposto, contudo, pode-se argumentar que o trânsito entre a vacuidade da Declaração da Organização das Nações Unidas e os Estados nacionais superaria a crítica específica, não resolvendo, entretanto, a primeira crítica de Hayek, que se localiza na distinção da natureza dos direitos. Enquanto os primeiros são pretensões de benefícios específicos ou uma situação específica, os segundos contêm, em sua essência, a exigência de que, até onde for o poder do governo, esse poder deve ser exercido com justiça (ESPADA, 1997, HAYEK, 1977).

Pode-se entender essa observação de Hayek como derivada de um ideal liberal de justiça e da interdição da função redistributiva de qualquer organização social, o que é confirmado pela indicação da incompatibilidade entre justiça social e mercado.

As finalidades sociais para Hayek consistem na

possibilidade de uma coincidência dos objetivos individuais que torne aconselhável a união de indivíduos para procurarem realizá-los. Limita, porém, essa ação comum aos casos em que as opiniões individuais coincidem. [...]. A ação comum limita-se, assim, aos casos em que as pessoas estão de acordo sobre as finalidades comuns (HAYEK, 1977, p. 56).

⁶⁸ Hayek recorta da Declaração Universal dos Direitos do Homem, tópicos sobre garantias de ordem coletiva e especialmente os que têm uma incidência na ordem econômica e, ironicamente, questiona sua viabilidade universal.

Essa assertiva é confirmada por outras posições semelhantes de Hayek, quando defende um estado de liberdade, entendido como a coerção mínima de alguns indivíduos sobre outros (ESPADA, 1997, p. 45). Essa posição é também relativa ao Estado que, no entanto, está submetido ao que é consensual nas leis. Estas, por sua vez, devem ser iguais para todos, sendo a única dimensão de igualdade que pode ser garantida sem a destruição da liberdade. Sustenta que a igualdade legal não envolve ou não significa uma igualdade efetiva entre os homens, reconhecendo que as diferenças não justificam um tratamento diferenciado.

O argumento da diferença ou da desigualdade real não anula, pelo contrário, repõe a categoria do mérito e do valor. Hayek sublinha que o mérito impõe um padrão de avaliação que deve ser reconhecido por outras pessoas, sendo que cada um deveria receber segundo o seu contributo à sociedade.

O tratamento dado por Hayek ao mérito está relacionado aos resultados, a um mérito avaliável. Esclarecendo sua posição, acentua que, nas economias de mercado, a idéia do mérito está generalizada, mas padece de dois equívocos: um que consiste em identificar o resultado com o esforço dispendido para alcançá-lo e, o outro, da afirmação, supostamente verdadeira, que o bem-estar de um indivíduo depende de seu esforço.

Discorrendo contra o primeiro equívoco, aponta que não existe um valor único de toda a sociedade em seu conjunto, mas que o valor é determinado pela utilidade do bem ou serviço para os que o consomem. Torna-se, dessa forma, uma relação entre utilidade e valor, determinado pontualmente, e não um valor para a sociedade, o que intui ser puramente artificial e irreal. Acentua o valor de troca do mercado como o padrão de avaliação possível, o que se pode inferir, como Espada (1997, p. 50), que “*aquilo que o mercado faz é efetivamente o que o mercado deve fazer*”.

Depreende Hayek, da posição natural com que se apresentam as relações de mercado, que a justiça social é inconcebível em ordens sobre cujos resultados não se tem controle, da mesma forma que não se pode debitar a nenhuma pessoa as conseqüências de uma catástrofe natural ou a ausência de sorte. Similarmente, toma como referência o mesmo padrão para o mercado, cujo resultado não pode ser previsto e não se configura como uma construção onde tenha havido um responsável pelos resultados obtidos.

Tangencialmente, transparece, na defesa do mercado como um evento natural, o receio de que, se considerado uma construção, poderia ser destruído, e erigido um outro sistema em seu lugar. Espada, interpretando Hayek, indica que a “justiça social não é senão o álibi do

socialismo, cujo verdadeiro motivo é a destruição da sociedade de mercado” (1997, p. 59). Sua dura crítica da justiça social leva-o à afirmação de que não pode lhe ser atribuída a categoria de erro, mas sim a do absurdo, visto que não faz sentido em uma ordem mercantil, independente da visão específica que se lhe queira atribuir.

Espada destaca, com ênfase, uma dimensão da posição de Hayek que pode ser entendida como uma derivação de sua tese central, que é a de associar à distinção fundamental entre os direitos tradicionais e os demais, à questão da repartição de recursos escassos. Os direitos negativos não exigem, para o autor, ações distributivas, contrariamente aos direitos sociais e econômicos.

A única consideração, em relação à esfera distributiva, que defende ocasionalmente, é a garantia de proteção para as pessoas em situação de extrema miséria e degradação. Abordando essa questão pelo eixo da segurança, e não pelo lado do que chama “espúria liberdade econômica”, afirma a existência de duas espécies de segurança:

a limitada, que pode ser conquistada por todos e não constitui privilégio, mas objeto de legítimas aspirações. [...] E a segurança absoluta, que numa sociedade livre não pode ser conquistada por todos e que não deveria ser concedida como um privilégio. [...] Estas duas espécies de segurança são, em primeiro lugar, a salvaguarda contra graves privações físicas, a certeza de que um mínimo de sustento será garantido a todos: e, em segundo lugar, a garantia de um dado padrão de vida, ou da situação relativa de que goza uma pessoa ou um grupo de pessoas em relação a outras; ou, mais sucintamente, a segurança de um rendimento mínimo e a segurança do rendimento determinado que cada um merece (HAYEK, 1977, p. 114).

O Estado poderia intervir, nestas situações, distribuindo um rendimento mínimo garantido, tendo como base e fundamento o dever moral ou a obtenção de algum interesse para todos.

Embora afirmando que a posição de Hayek ilumine aspectos relevantes e polêmicos em relação aos direitos, Espada contrapõe-se de forma competente, buscando evidenciar que nenhum dos argumentos chega a ser inteiramente convincente ou absolutamente imune a críticas internas.

Na negação às posições de Hayek, e buscando subsídios para uma crítica ao pensamento liberal, além de argumentos para a proposição de sua autoria, Espada introduz no debate as idéias centrais de Raymond Plant.

Apropriando-se das discussões que buscam explicar a crise e as saídas para o movimento socialista, Raymond Plant aponta a reformulação do ideário social-democrata

como um dos desdobramentos desse impasse⁶⁹. Nesse cenário, o conceito de cidadania social tem um lugar privilegiado em termos das novas propostas de aprofundamento da democracia ou democracia radical.

Pondera, Raymond Plant, que na base da discussão a respeito dos direitos sociais há uma questão preliminar que condiciona o entendimento e as práticas em relação à sua natureza e à sua compatibilidade com os direitos fundamentais. Ou seja, qual é a base moral da prestação dos serviços sociais? Duas respostas são possíveis à pergunta formulada: a primeira é que não há uma base moral rigorosa, apreendendo-se os direitos como uma gestão de “*caridade, de generosidade e de humanidade*” (Espada, 1997, p. 147,); a segunda é que a prestação dos serviços sociais é uma obrigação rigorosa para os que têm recursos e um direito que as pessoas necessitadas têm sobre os que detêm tais recursos. A defesa dos serviços sociais como direitos irá implicar em uma função estatal que, se não cumprida, reduz a legitimidade do governo. Em outras palavras, a garantia e a proteção dos direitos se traduzem em um princípio de legitimidade governamental, que permite, no plano teórico, construir a categoria de igualdade democrática ou cidadania democrática.

Para argumentar positivamente que as reivindicações sociais podem ser vistas como direitos sociais, constrói, Raymond Plant, o arcabouço teórico a seguir delineado, extraído da síntese de Espada (1997).

Inicialmente, Raymond Plant concorda com Hayek, quando este afirma que os resultados do mercado não são intencionais, o que, no entanto, não significa que a posição em face de tal fato seja de omissão, como na proposta liberal. Pelo contrário, alerta que a justiça e a injustiça depende da forma de como se reage ao resultado desvantajoso do mercado para algumas pessoas ou especialmente, para alguns grupos. Isso quer dizer que, antecipadamente, se prevê que os resultados para os grupos que entram com menos ao mercado, serão forçosamente menos. O argumento diferencial, em relação a Hayek, é a referência a grupos e não a indivíduos isoladamente. Portanto, se já se supõe o resultado de antemão e havendo uma possibilidade de redistribuição, que atenda mais aos interesses da justiça social, pode-se inferir que todos os que apóiam o mercado são responsáveis pelas pessoas que estão em situação de fragilidade econômica ou social, ainda que, em princípio, não se tenha um

⁶⁹ A abordagem de Plant, e sua contribuição à construção das programáticas socialistas, não significam que seu pensamento seja adotado integralmente, mas sim que orienta determinadas correntes socialistas estruturadas em torno de suas concepções de direitos sociais e cidadania.

responsável pela situação de desigualdade criada. Situa-se como a idéia da responsabilidade social, não da responsabilidade individual, mas das instituições face à desigualdade.

Contrariando a posição de Hayek, de que não existe um critério de distribuição que não tenha um caráter de imposição a uma sociedade livre, Plant assegura ser viável manter uma base de entendimento sobre determinados fins, ainda que não aceite os critérios de mérito ou merecimento.

Sua posição parece se identificar com a de Amartya Sen (1999, 2000), no sentido de atribuir à distribuição dos bens e recursos sociais, concretude e objetivação, transitando do plano ético-normativo para o mundo das carências e necessidades.

Reconhece, Raymond Plant, que existem duas ordens de exigências para a vida social: *a sobrevivência*, que são condições necessárias para que se alcance outros fins – e *a autonomia*, no sentido de liberdade para agir moralmente. Seriam exigências que viabilizariam o alcance das efetividades humanas.

Tecendo sua argumentação em defesa dos direitos sociais, justifica e reconhece, assim, o conceito de necessidades básicas, outro ponto divergente em relação a Hayek, que discorda radicalmente da existência de carecimentos universais e básicos.

Uma outra distinção, significativa e polêmica, que permeia a discussão quanto à garantia da prestação de serviços sociais, ou da atenção às necessidades básicas pelo Estado, relaciona-se à natureza dos direitos clássicos ou tradicionais e os direitos sociais. Conforme foi afirmado anteriormente, tais questões retornam, presentemente, ao debate acadêmico e político. Defendendo sua posição, Plant assevera que os direitos sociais apresentam os três atributos que os direitos tradicionais contêm, ou seja, passam pelo teste da *praticabilidade*, *importância primordial* e da *universalidade* (Espada, 1997).

O teste da *praticabilidade*, que “decorre da relação entre direitos e deveres” (ESPADA, 1997, p. 155), é assegurado a partir do argumento que, de forma similar, os direitos tradicionais igualmente acarretam deveres e impõem despesas para sua efetivação.

Quanto ao teste da *importância primordial*, Plant reconhece que, se o fundamento de da existência dos direitos tradicionais é estar em causa a vida humana, ao se referir aos direitos sociais utiliza a mesma linha argumentativa e os coloca como complementares, isto é, os direitos sociais proporcionam os meios necessários para se exercer os direitos tradicionais.

Ao argumentar sobre o terceiro teste, o da *universalidade*, Plant, escapando das armadilhas lógicas colocadas por Hayek, critica sua visão limitada de universalidade, alertando que os óbices colocados são encontrados, também, entre os direitos tradicionais. O critério da universalidade,

exige que um direito humano se aplique a todos os seres humanos enquanto seres humanos, e não por desempenharem um determinado papel social. [...] O que se passa em relação à universalidade, observa Plant, é que cada direito tem que se aplicar igualmente, ou universalmente, a todos aqueles que estejam na situação em questão. Mas isto aplica-se, evidentemente, tanto aos direitos tradicionais como aos direitos sociais (ESPADA, 1977, p. 156).

Defendendo os direitos a partir de um outro prisma, o do questionamento moral sobre a equivalência ou identidade entre direitos tradicionais e direitos sociais, Plant busca mostrar que as reivindicações em matéria de atenção social preenchem os requisitos para se tornarem direitos.

Ao se reconhecer que as pessoas ou os grupos que sustentam o mercado são efetivamente responsáveis pelas desigualdades econômicas criadas por essa forma de regulação distributiva, indica que essa responsabilidade deve ser definida em termos de condições para se realizar quaisquer ação ou atingir quaisquer fins. Entretanto, tais intervenções não seriam praticadas pelas pessoas, individualmente, visto que seria impossível, enquanto exigência de um dever moral perfeito, atender a todas igualmente. Assim, o dever, reconhecido pela sociedade, seria do governo, que, por sua vez, não atenderia as pessoas isoladamente e individualmente, mas através das instituições que prestam apoio aos necessitados igualmente, de acordo com o princípio de universalidade.

Por conseguinte, o dever de prestar serviços sociais poderá ser visto como um dever de perfeita obrigação que assume a forma de uma obrigação de apoiar as instituições de segurança social, nomeadamente a obrigação de pagar impostos. Essas instituições de segurança social funcionam como uma espécie de intermediário entre os cidadãos que pagam impostos e os cidadãos que, por serem necessitados, recebem apoio da segurança social (ESPADA, 1997, p. 159-160).

Finalmente, Plant completa sua defesa dos direitos sociais como equivalentes, ou tão relevantes quanto os direitos humanos tradicionais (ESPADA, 1997, p. 161). Conciliando os conceitos sobre necessidades básicas e como estas se impõem como base normativa da prestação de serviços sociais pelo Estado, tornando-se o princípio de justificação dos direitos sociais, Plant, a partir dessa edificação teórica, constrói a categoria de igualdade democrática.

Não se trata, de acordo com Plant, de, unicamente,

assegurar bens básicos àqueles que deles necessitam, trata-se antes de argumentar a favor de uma distribuição mais igual desse bens primários de modo que a liberdade passe a ter aproximadamente o mesmo valor para todas as pessoas. O objetivo a atingir deixa de ser assegurar as “aptidões/faculdades/capacidades que são indispensáveis para o valor da liberdade”, passando a ser o de igualizar as aptidões a fim de se alcançar uma “maior igualdade no que se refere ao valor da liberdade” (ESPADA, 1997, p.166-167).

Assim, Plant conceitua direito social como um direito básico e universal a um mínimo de bens básicos, essenciais para a autonomia humana ou liberdade, ou seja, uma *visão negativa* e residual dos direitos sociais ou *direitos sociais básicos*. Entende ser um dever e uma função da sociedade a sua garantia, indicando, também, uma visão positiva sobre o mesmo. Interpreta os direitos sociais também como direitos positivos, no sentido de gerarem um princípio geral de distribuição. Ou seja, um padrão positivo de distribuição, de acordo com as necessidades. É esta visão positiva dos direitos sociais que viabiliza, a Plant, construir a categoria de *cidadania democrática* e de *igualdade democrática*.

A igualdade de liberdade negativa, ou aquela que é garantida por direitos civis e políticos, define o limite de coerção a que todos estão submetidos. É significativa, pois o único fim da liberdade é viver uma vida com sentido, o que requer mais do que ter as garantias negativas de liberdade. Envolve a necessidade de se ter a garantia de direitos sociais, que são indispensáveis ao valor da liberdade de forma igualitária e não essencialmente para alguns.

A cidadania democrática envolveria, portanto, a necessidade de um critério justo de distribuição de bens e serviços de tal forma que fosse possível a igualdade democrática, livre dos contingenciamentos provocados pela penúria, que levariam a uma desigualdade nos demais planos da liberdade.

A questão que acompanha a discussão dos direitos sociais é a permanente tensão de quanto, ou como, redistribuir os bens e serviços de uma sociedade, sendo que as opções entre uma posição liberal e a cidadania democrática definem os termos do confronto.

Observa-se, pelo exposto, que na origem na garantia dos direitos sociais há uma permanente disputa entre quem detém o poder, no caso específico o poder público, e as camadas sociais que buscam a ampliação deste poder com vistas à consecução dos direitos pretendidos. Esse fato ocorre, particularmente, em relação aos direitos sociais, o que não se verifica, por exemplo, com os direitos de liberdade, que buscam justamente o contrário, a limitação do poder do Estado.

Por outro lado, o atendimento de direitos sociais exige, cada vez mais, para a sua efetivação, um aparato estatal que dê conta dos serviços públicos garantidos como direitos. Por isso mesmo, são os mais difíceis de serem concretizados, na medida em que o cumprimento dessa função estatal não se limita aos princípios ético-morais normativos, mas exige investimentos financeiros que dêem sustentação à concretude de tais direitos, que estão em constante ampliação e complexificação.

É em busca destes direitos sociais que os sujeitos coletivos se expressam na nova esfera pública, pois sabem ser este o espaço no qual suas carências podem merecer atenção.

No espaço público, mediado pelas instituições, o indivíduo se torna cidadão, onde

a lei cria o espaço da virtualidade, através dela você pode interrogar o outro, você pode interrogar as instituições, não apenas o outro indivíduo. A lei tem essa dimensão, exatamente de criação de um espaço virtual, por isso é preciso retornar à questão do indivíduo, fazer a ligação permanente, porque a lei cria apenas o espaço virtual, se cada um de nós não formos ativos, se não ativarmos as instituições, aí você fica só no reino da virtualidade (Oliveira, 1999).

A construção desse espaço público não se confunde com a esfera pública na concepção burguesa clássica. Completamente independente da esfera estatal, transcende a forma estatal ou privada, possibilitando construir um mundo comum, onde os conflitos e interesses em presença têm visibilidade pública. Convém recordar que, para o pensamento liberal clássico, a esfera estatal não representa diretamente o interesse de ninguém, pois “seria ilegítimo um Estado em que interesses privados específicos prevalecessem na ordem pública, ou onde essa ordem interferisse na ordem privada” (COUTINHO, 1989, p. 40).

Na construção da nova esfera pública, ocorre um processo político que Coutinho (1988) chama de socialização da política, ou seja, uma visibilidade do interesse privado, através de sujeitos coletivos organizados em torno de interesses e necessidades comuns, tanto os ligados à produção quanto os que se referem à reprodução da vida social, que discutem publicamente suas demandas, tentando dar às mesmas uma visibilidade tal que as inscreva na agenda política estatal.

Essa afirmação pressupõe que os direitos, a democracia e as condições de estabilidade social são momentos necessários do mesmo movimento histórico na ordem capitalista, devendo sua análise não se autonomizar em um ou outro plano da vida social, desconhecendo a existência de uma interdependência entre os planos políticos, econômicos e culturais das formações sociais.

Por outro lado, há o reconhecimento que, tanto as dinâmicas societárias vêm se alterando rapidamente, com o esgotamento dos padrões tradicionais de sociabilidade, como se observa, de forma recorrente, o surgimento de novas demandas que se expressam através de uma pluralidade de sujeitos políticos, em grande parte contrapostos na busca de seus interesses. Nesse mesmo processo acentua-se a fragilidade do Estado-nação como regulador das relações e ordenamento social. Não se trata de um movimento que possa ser analisado unicamente pelo veio da política, mas essencialmente pelo vetor econômico do qual decorrem os processos de globalização

Os direitos sociais e o direito à saúde são pensados no interior das políticas sociais, as quais são apreendidas, como as políticas econômicas, como estritamente vinculadas aos processos de acumulação capitalista, em seu estágio monopolista. Essa afirmação ratifica posição anterior, de que os direitos unicamente podem ser analisados e estudados como produtos do desenvolvimento histórico, marcados por desigualdades e contradições entre os continentes, entre os países e no interior de cada país, em seus aspectos regionais e locais.

Tal concepção os remete ao seu conteúdo relacional e não os percebendo como uma nômade na ordem social, ultrapassando, portanto, uma idéia de direito que “apresenta em sua base uma concepção antropológica do sujeito, inevitavelmente liberal: o indivíduo como primeiro, como o que vem antes de seu ser em sociedade por isso, portador de direitos” (LIGUORI, 2000).

Em uma perspectiva marxista, a discussão dos direitos se situa nos limites da democracia burguesa, sendo que a idéia de emancipação humana, em Gramsci e Marx, esbarra na existência do Estado, que mantém a cisão entre o homem e o cidadão portador de direitos. A reivindicação maior da emancipação humana, que seria a sociedade sem classes, não tem, em seu núcleo central, a luta por direitos, o que, entretanto, não invalida a discussão sobre sua constituição nas sociedades capitalistas.

Carlos Nelson Coutinho, ao referenciar a posição de Marx sobre a emancipação humana, indica que não há uma oposição aos direitos do homem ou à emancipação política, “[...], mas sugere que estes devem ser dialeticamente conservados-superados através de uma forma de emancipação (ou de cidadania) ainda mais radical” (COUTINHO, 1998, p. 48).

2.2 O direito à saúde na sociedade contemporânea

A compreensão dos direitos sociais e do direito à saúde ocorre em várias clivagens, o que não significa que se autonomizam entre si, mas apresentam interfaces articuladas, que, dependendo do plano analítico, enriquecem o conhecimento sobre os mesmos, favorecendo tanto o ângulo do conhecimento como o das ações efetivas em sua garantia.

Não cabe entender a afirmação acima como uma defesa de padrões epistemológicos, em que há a separação entre o pensar e o agir, mas como as duas dimensões presentes em cada uma das abordagens, complementando e superando patamares compreensivos. De forma similar, convém observar que não se parte de uma idéia geral, ou universal, de justiça, ou ainda, da primazia do saber técnico ou popular sobre a questão. Desconsidera-se, também, qualquer aproximação formalista, na linha de uma ficção jurídica e alheia às condições do *mundo da vida*.

O sumário teórico sobre a questão dos direitos abarca planos diversos, devido ao objeto e aos objetivos definidos para esse trabalho. Em outros termos, a dimensão política não se descola da econômica e da jurídica, sendo imprescindível a sua articulação interna para se reduzir o risco de uma compreensão restrita ou parcial, desqualificando a totalidade do fenômeno analisado.

O trânsito entre os direitos, considerados em sua generalidade, para uma especificação de ordem setorial, como o direito à saúde, deve ser buscado no processo de expansão e diferenciação da ação política do Estado capitalista, que inclui a incorporação do atendimento dos bens de consumo coletivo, de acordo com Bayer e Leys (1986), tangenciando a posição de Castells (1978). No mesmo movimento analítico, apreende-se as transformações recentes sobre o direito à saúde subsumidas às contraturalidades presentes entre o Estado, capital e trabalho, no final do século XX.

As contribuições de Bayer e Leys (1986) constituem um arcabouço analítico sugestivo para a abordagem do direito à saúde, delimitando sua apreensão nos Estados contemporâneos, ultrapassando análises conjunturais e com possíveis viéses tecnocráticos e historicistas.

Os autores sugerem que, para se entender a constituição das políticas setoriais, deve-se retomar, brevemente, as atribuições e os papéis do Estado democrático de direito em países capitalistas, em decorrência de sua expansão e ampliação de funções. Três argumentos podem ser apontados para tais fenômenos: o Estado antecipando-se às necessidades de expansão do processo de acumulação capitalista; o Estado assumindo como sua função o desenvolvimento

de atividades próprias do setor privado; e a setorialização da política como mecanismo de fragmentação da participação política.

Embora não concordando com as afirmações de Bayer e Leys (1986), que os dois primeiros argumentos são reações a processos externos à atuação do Estado, a terceira interpretação é resgatada como referência significativa para ampliar a compreensão sobre o direito à saúde no capitalismo contemporâneo. A discordância funda-se em análises de Offe (1984, 1989), que entende que são movimentos que decorrem do próprio modo de ser do Estado liberal capitalista, compondo uma dinâmica que o associa e conforma às exigências do capital, sendo esta sua base de legitimidade.

Há o reconhecimento que as relações sociais não ocorrem em um *vazio*, ou entre as pessoas, individualmente, mas que são mediadas por um complexo esquema institucional, coordenado pelo Estado, que modifica tanto a dimensão da produção quanto o plano das práticas políticas. Por essa razão, a setorialização da política no interior do Estado capitalista é vista

como consequência altamente benéfica, já que os mecanismos postos em ação pelo Estado para desenvolver suas novas atividades permitirão que ele exerça melhor o seu papel não apenas de controle unilateral mas também de mediação escamoteadora da relação capital-trabalho (BAYER, LEYS, 1986, p.115).

Ocorre o provimento crescente de atividades ligadas à esfera da reprodução das condições de vida da população, sob a responsabilidade estatal, o que as desvincula de uma relação direta entre o capital e o trabalho, ofuscando, assim, as condições de exploração do trabalhador e conferindo uma aparente neutralidade ao papel estatal, aparentemente tornando-o independente da esfera da produção. Pode-se argumentar que não só isola o Estado do momento produtivo, como também as exigências da vida cotidiana, que são naturalizadas e interpretadas de *per si*.

Devido a esse movimento, as intervenções na esfera das políticas sociais se autonomizam da esfera da produção, situando-se como *um mundo à parte*, podendo suas falhas e inconsistências, serem explicadas, quando muito, como a incompetência do Estado. Ocorre, ainda, um outro aspecto, que politicamente é mais sério. Tais ações podem ser atribuídas a um sentimento humanista, beneficente, unicamente de justiça social, de um problema da esfera administrativa ou, quando muito, relacionadas aos aspectos redistributivos.

Uma segunda consequência, apontada pelos autores mencionados, é a tendência de concentração da participação política da população em aspectos setoriais, fragmentando tanto a densidade desta participação, como dificultando avaliar a legitimidade do Estado e desvelar a sua pretensa neutralidade.

Paralelamente, o argumento da condução dessas políticas não é diretamente político, mas sim técnico e aparentemente específico a cada área de política. Com isso, a questão da legitimação transforma-se em um somatório de argumentações técnicas específicas, reduzindo-a, portanto, a uma questão de eficiência (BAYER, LEYS, 1986, p.117).

Essa abordagem vem explicar o potencial ampliado de reivindicação colocado em cena pelos movimentos sociais, na medida em que, quando adquirem maior densidade, questionam o aprofundamento da hegemonia do capital através do aparato técnico estatal.

Caberia, aqui, incluir um parêntese e trazer a abordagem de Castells (1978), no sentido de complementar o que é fundamental para esse trabalho, ou seja, a compreensão da gênese dos direitos sociais particulares, especialmente o direito à saúde. Ao analisar a politização das questões urbanas, ainda na década de 1970, aponta que estas, enquanto problemas do *quadro da vida*, se apresentam como novas expressões da contradição capital-trabalho. Estas novas contradições, no entanto, não se assentam em uma contradição direta entre burguesia e classe operária, mas entre os interesses próprios da burguesia e os interesses do conjunto das camadas populares. Sobre os últimos incidem, de maneira perversa, os modos de organização da vida cotidiana impostos pela racionalidade do capital. Para Castells,

é justamente esse pluriclassismo das contradições urbanas que as torna estrategicamente fundamentais para uma transformação das relações sociais porque generaliza objetivamente as fontes de oposição à classe dominante na grande maioria do povo (CASTELLS, 1978, p. 146).

O processo político, no caso específico, partiria da articulação política das necessidades sociais, da organização dos interesses coletivos em torno de demandas concretas. Tal poderia vir a comprometer a ação aparentemente neutra do Estado, visto que as solicitações extrapolam a estrutura de classes e não teriam condições de serem administradas por meio do quadro institucional da política clássica⁷⁰.

⁷⁰ Ou seja, a relação direta entre a dominação política e a estrutura de classe, própria dos países capitalistas centrais, onde as posições são bem demarcadas e explícitas.

Continuando a argumentação central, as políticas setoriais se originariam, portanto da necessidade de administração estatal de determinadas atividades, exigências de ordem econômica, mas sendo intermediadas por estruturas políticas. A fragmentação das políticas setoriais favoreceria a legitimação do Estado, visto que as densidades políticas e a visibilidade maior são, flagrantemente, obscurecidas pela possibilidade do atendimento das demandas, via intervenção estatal.

Especificamente em relação à saúde, outros determinantes podem ser adicionados à interpretação da gênese do direito à saúde.

Uma delas se refere a apreender a política de saúde como derivada das “necessidades de reprodução ou até mesmo da própria constituição da força de trabalho e como resultado da constituição de interesses econômicos na área da saúde” (BAYER, LEYS, 1986, p. 119). Essa interpretação encontra-se presente na produção teórica de estudiosos vinculados à tradição marxista, a qual subsidiou, em grande parte, propostas reformistas do período antecedente à crise fiscal do Estado brasileiro.

A construção do saber científico pode ser incorporada, não como uma explicação extemporânea e não histórica, mas a partir da construção parcelar das ciências, sob a inspiração cartesiana. A segmentação dos setores da vida e do humano permitiu, no momento da necessidade de uma intervenção deliberada, que os problemas, nas dimensões sociais e biológicas, sofressem uma intervenção fragmentada e pontual, em que cada disciplina ou saber científico respondesse por um objeto ou aspecto único, desaparecendo a visão da totalidade do ser, de sua integralidade. Esse trato do mundo social e do mundo físico favoreceu os mecanismos de incorporação das demandas sociais pelo Estado, através de políticas sociais de corte setorial.

Outra interpretação é o potencial de controle, através das políticas de saúde, sobre a classe trabalhadora. Nesse campo, cabe retomar a posição de Offe (1984), quando interpreta o papel das políticas de proteção ao trabalho favorecendo a transformação de mão de obra não assalariada em assalariada. Na saúde, esse argumento é poderoso, pois incorpora duas teses que devem ser assinaladas: o risco da incipiente sociedade de trabalho, e a interdição do acesso aos serviços de saúde por parte da classe trabalhadora em ascensão. Há que se observar que o nascimento da clínica, e dos cuidados médicos individuais, sempre foram conformados

como uma atividade liberal⁷¹, ou seja, a medicina manteve seu caráter estritamente privado até o final do século XIX. Não cabe entender essa observação como a não interferência estatal na saúde, pelo contrário, a literatura indica que a ação estatal sempre esteve articulada ao controle das grandes endemias e às medidas de higiene, com escassa regulação sobre a ação médica em si (BERNARDELLI, 1999).

A explicação para o acentuado enfoque nas políticas de saúde, e no direito à saúde, seja para sua ampliação como para sua redução, a partir da expansão, e posteriormente, da crise do *Welfare State*, articula as argumentações anteriores, ora sendo “a política vista como uma nova ocasião de lucro mundialista” (CASTELLS, 1978, p. 161), ora como um custo que reduz o uso do fundo público em detrimento de seu uso pelo capital.

Uma última interpretação pode ser acrescentada às anteriores. Bayer e Leys (1986), ao analisarem as políticas de saúde argumentam a

sua relevância para a constituição da forma tecnocrática de argumentação do Estado capitalista contemporâneo também é central: na medida em que for possível reduzir essa questão, tão diretamente ligada à vivência imediata das pessoas, aos parâmetros da discussão política tecnicizada, em menor grau passível de controle pelos dominados a partir de sua experiência concreta de vida (BAYER, LEYS, 1986, P. 124).

As interpretações acima não indicam um padrão uniforme para a intervenção estatal, aplicado com o mesmo desenho em todos os países. Ao contrário, as exigências de ordem econômica e política vão conformando o direito à saúde, alterando seu conteúdo, seu alcance e os mecanismos acionados para sua garantia, tanto nos diversos países como, muitas vezes, no interior de cada país. As tendências de ajuste estruturais nas economias nacionais ampliam essa complexidade e diversidade, tornando a análise dos direitos sociais um exercício contínuo de articulação global – local.

Assim, a proposta de atenção à saúde é constantemente atualizada, incluindo as noções que correspondam ao seu *aggiornamento* para cada período e espaço. Portanto, o direito à saúde, longe de ser entendido como uma decorrência de abstratos ideais humanitários, de solidariedade universal, de moralidade ética, de justiça social, de necessidade básica articulada à sobrevivência, deve ser apreendido enquanto relacionado aos complexos e intrincados mecanismos de mediação, próprios do sistema capitalista em seu estágio atual.

⁷¹ Essa situação parece ter sido distinta nas antigas civilizações, quando o poder e as práticas médicas integravam o próprio setor estatal ou situavam-se estritamente relacionadas a ele.

As indicações acima permitem a apreensão da alteração da hegemonia da Organização Mundial da Saúde para o Banco Mundial, no que diz respeito à atenção à saúde. Esse processo de transposição do princípio de igualdade para o de equidade é iniciado em 1980 e explicitado claramente no documento *Investindo em saúde*, publicado pelo Banco Mundial, em 1993.

Melo e Costa (1994), ao analisarem as estratégias das duas agências sobre o tópico em questão, apontam dois desafios enfrentados pelo Banco Mundial, que foram as bases sobre as quais se transformou o paradigma de equidade em saúde para equidade social. O primeiro foi entender a exigência de se pensar na sustentabilidade global, visto que os descuidos com o ecossistema poderiam significar o limite da vida. Curiosamente, os analistas econômicos do Banco atribuem o possível desequilíbrio planetário ao aumento populacional desmedido, tendo mesmo alguns autores definido “como *trade off* a escolha entre políticas governamentais que implicam incremento populacional e a manutenção do equilíbrio ambiental” (MELO, COSTA, 1994). A equidade seria difícil de se atingir futuramente em face da falência dos ecossistemas em decorrência do incremento populacional. Não tocam na questão de como a exploração desmedida na busca da ampliação de lucros, sem os cuidados devidos, situa-se como uma das maiores agressões ao meio ambiente.

Um segundo desafio à relação da saúde como um direito universal, como colocam ainda Melo e Costa (1994, p. 84), se inscreve

em um amplo debate sobre as repercussões econômicas dos gastos incrementais em saúde nas economias capitalistas centrais. [...] Não raro a agenda do Banco Mundial apela para a diminuição do papel do Estado e para o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidados à saúde. [...] Prioriza doenças e programas específicos baseados em critérios de custo - efetividade. E advoga a ação do Estado na provisão de um pacote básico de serviços clínicos e de saúde pública (1994, p. 84).

Os gastos crescentes com a saúde, na perspectiva de um direito universal, levariam a uma forte redução nas economias capitalistas centrais e periféricas. A preocupação do Banco nos países centrais é com a redução e restrição na expansão do próprio capital, enquanto que nos países em desenvolvimento a preocupação com seu desempenho econômico se refere à capacidade de manter o compromisso em saldar a dívida externa.

A crise do Estado de Bem Estar e os mecanismos para correção dos rumos da acumulação capitalista, tornam quase obrigatório abordar o direito à saúde, em suas alterações recentes, na sua relação com o fundo público. Esse eixo analítico ratifica e aprofunda a

argumentação sobre os direitos sociais enquanto intrinsecamente relacionados à dimensão econômica.

A afirmação da estreita relação entre o direito à saúde e o fundo público decorre do processo identificado, a partir dos anos 1970, do potencial das ações e serviços de saúde para, além da regulação política da força de trabalho, ser uma atividade crescentemente lucrativa, abrangendo diversos setores produtivos, desde os produtores de insumos do complexo médico-hospitalar até as intervenções, via atendimento médico e hospitalar à população. Esse processo foi caracterizado como o de capitalização da medicina, em sua primeira etapa e, ao acentuar-se, foi nomeado de mercantilização da saúde (NEGRI, DI GIOVANNI, 2001, p. 17).

A superação dos modelos que possuíam como fundamento mobilizador e de sustentação o ideal de solidariedade vêm sendo rapidamente superados pelo *Consenso de Mercantilização da Saúde*⁷². O crescimento das doenças crônicas devido ao envelhecimento da população, o descaso pela qualidade das ações desenvolvidas são apontados como responsáveis pelo trânsito mencionado.

Embora iluminem aspectos significativos, outras determinações podem ser aduzidas, especialmente as que derivam do crescente individualismo e diferenciação presentes nas sociedades atuais. Os imperativos macroeconômicos e as estratégias mercadológicas, utilizadas, em larga escala, para transformar a saúde em um objeto corriqueiro de consumo, contribuem, igualmente, para a metamorfose na concepção de direito à saúde.

Nessa linha de raciocínio, a contribuição de Oliveira (1988) é significativa, pois permite apreender os nexos entre as dimensões políticas e econômicas no universo da saúde, que sempre foi colocada em um patamar diferenciado, mais referenciado aos ideais de solidariedade e benemerência e não de mercadoria.

Oliveira (1988), sistematicamente, vem discutindo o papel do fundo público e sua conseqüente relação com a esfera pública, a democracia e as políticas sociais⁷³ como se demonstra a seguir⁷⁴.

⁷² Braga e Silva (2001) apontam e debatem, a partir da literatura sobre o *Consenso de mercantilização da saúde*, os argumentos e fundamentos deste eixo analítico.

⁷³ Oliveira discute o fundo público em relação às políticas sociais, não se detendo particularmente na saúde, mas o patamar explicativo e a riqueza de sua argumentação contribuem, em muito, para entender a situação atual da política de saúde nas reformas em curso nos países capitalistas.

⁷⁴ A argumentação a seguir é retirada de Francisco de Oliveira (1988), em seu artigo, *O surgimento do antivalor*, no *Dossiê Welfare State*.

Contrariamente ao que ocorria no capitalismo concorrencial, quando o fundo público possuía um caráter *ex-post*, ou seja, surgia em seguida ao ciclo de reprodução do capital, hoje, o fundo público ocupa uma posição *ex-ante* das condições de reprodução dos capitais particulares e das condições de reprodução da vida social. Como afirma Oliveira, “ele é a referência *pressuposta* principal, que no jargão de hoje, *sinaliza* as possibilidades da reprodução” (1988, p. 9).

A análise, sob o olhar da reprodução da força de trabalho, ressalta sua contribuição para a ampliação do salário indireto, libertando o salário direto para outros itens dos gastos domésticos e alimentando o consumo de massa, tendo como consequência o crescimento dos mercados de bens de consumo duráveis⁷⁵. Nesse raciocínio, o padrão de financiamento público do *Welfare State* transformou os fundamentos da categoria do valor como ponto central da reprodução tanto do capital como da força de trabalho. Transportou-se a decisão sobre o padrão de financiamento para um *locus* público de discussão, um espaço de construção de regras consensuais e estáveis (porque previsíveis), ou seja, em uma esfera pública, onde a competição capitalista é limitada pelas próprias regras ali definidas.

Continuando sua argumentação, Oliveira indica as consequências teóricas desse padrão de financiamento para o campo marxista, repondo, especialmente, o problema clássico da tendência declinante da taxa de lucro e os limites do próprio sistema capitalista, que permanecem na negação de suas categorias reais, o capital e a força de trabalho. Considera que as alterações decorrentes do uso do fundo público transformam-no em um *antivalor*, “menos no sentido de que o sistema não mais produz valor, e mais no sentido de que os pressupostos da reprodução do valor contêm, em si, mesmos, os elementos mais fundamentais de sua negação” (OLIVEIRA, 1988, p. 19).

O percurso teórico de Francisco de Oliveira (1988, p. 19) conduz à indicação de que o Estado de Bem Estar e suas instituições não são o “horizonte intransponível”, que, para “além dele, bate latente, um modo social de produção superior” e que o manejo do fundo público é a *pedra de toque* do futuro capitalista. Alerta que houve uma alteração na relação social de produção e que, no *Welfare State*, o que ocorreu foi uma alteração nas condições de produção e consumo – do lado da força de trabalho – e das condições de circulação – do lado do capital. Ou, dito de outra forma, as relações de produção continuaram praticamente as mesmas do

⁷⁵ Segundo ainda o mesmo autor é esse padrão crescente de financiamento público que está provocando o continuado déficit nos países industrializados e, portanto, é esse padrão que está em crise e não a intervenção estatal.

capitalismo concorrencial, entretanto, as formas de distribuição e de circulação do capital, que têm consequências nas outras esferas da vida social, sofreram mudanças significativas.

Na continuidade de sua argumentação, e valendo-se da contribuição de Gianotti, recorda que a sociabilidade não se constrói apenas pelos valores do mercado, mas incursiona em valores pautados em critérios antimercados, como o campo da cultura, da saúde e da educação⁷⁶.

A resultante desse percurso instituiu uma esfera pública, ou uma economia de mercado socialmente regulada, nos marcos da democracia, alterando o paradigma liberal clássico.

Oliveira ressalta que o Estado de Bem Estar continua a ser um Estado classista e usando a metáfora do jogo de xadrez⁷⁷, explica que este se transformou em um espaço de luta, onde as regras são previamente hierarquizadas, podendo, no entanto, mudar a relação de forças entre valores assimétricos. “É a esfera pública que permite, nos Estados capitalistas, dentro dos limites das ‘incertezas previsíveis’” (OLIVEIRA, 1988, p. 22)⁷⁸, inovações em áreas anteriormente vistas como santuários sagrados de outras classes ou interesses. O aspecto fundamental na construção da esfera pública (e os desdobramentos democráticos que impõe), é que, não só regulamenta todas as áreas conflitivas da reprodução social⁷⁹, como essa regulação decorre:

do imbricamento do fundo público na reprodução social em todos os sentidos, mas, *sobretudo* criando *medidas* que medem o próprio imbricamento *acima* das relações privadas. A tarefa da esfera pública é, pois, a de criar *medidas*, tendo como pressupostos as diversas *necessidades da reprodução social*, em todos os sentidos (OLIVEIRA, 1988, p. 22).

Ocorre, assim, que a atenção às necessidades de reprodução da força de trabalho não mais se constitui em pressuposto para implantação de serviços e bens que contribuam,

⁷⁶ Em tempos de reajustes estruturais, o mercado volta a ser o parâmetro central da constituição dos valores sociais.

⁷⁷ Francisco de Oliveira, usando a metáfora do jogo de xadrez, onde cada peça tem uma hierarquia, que pode ser alterada com estratégias do adversário. Os adversários sabem que ao invadirem determinada área alteram completamente as posições do outro, sem, no entanto, alterar as regras do jogo. Aponta que somente entre iniciantes é que o jogo arrasa o poder de cada peça previamente estabelecido. Contrariamente, no jogo de damas, com uma hierarquia horizontal, qualquer peça pode “varrer” a formação do jogo inimigo. Em formações sociais sem esfera pública se instalam os “Estados de Mal-Estar” onde “com uma penada, o governo pode reduzir salários, aumentar impostos a seu bel-prazer, confiscar bens – mesmo os da burguesia” (OLIVEIRA, 1988, p. 22).

⁷⁸ Expressão de Przeworski utilizada por Francisco de Oliveira no texto em análise.

⁷⁹ Se permanecesse unicamente com esse caráter, seria quase inócuo seu desempenho, limitando-se a expandir as regras da convivência privada para uma área pública, e que é o que o Direito usualmente faz.

unicamente, para a reprodução do capital. É nesse âmbito que deve ser discutido o direito à saúde.

A segunda decorrência da argumentação de Oliveira (1988, p. 23) refere-se à relação entre Estado e sociedade civil. Essas relações, que antes da construção da esfera pública, impunham uma “irreducibilidade entre Estado e Sociedade Civil”, tomam um outro feitiço, do qual podem ser retomadas algumas peculiaridades: as relações não se configuram mais um puro jogo de forças para a anulação de um dos pólos de interesse; garante-se o respeito pela alteridade de interesses, ou seja, admite-se que, embora não havendo concordância, que os direitos dos outros são legítimos; os interesses dos diferentes grupos dizem respeito a reprodução social em grande escala e não podem mais serem medidos pela acumulação privada do capital.

A forma política mais adequada para construção da esfera pública é o espaço da democracia participativa,

no qual, além das classes e grupos diretamente interessados, intervêm outras classes e grupos, constituindo o *terreno do público*, que está *acima do privado*. [...] Nesse sentido, longe da desapareição das classes sociais, tanto a esfera pública como seu corolário, a democracia representativa, afirmam as classes sociais como expressões coletivas e sujeitos da história (OLIVEIRA, 1988, p. 23).

Para além do plano econômico, e enveredando para a ação política, a qualidade e o vetor da representação ampliaram sobremaneira o papel dos partidos políticos, que passam a não ser mais unicamente identificados com as classes sociais, mas como representantes de classes, com competência para resolver as novas formas de relações de alteridade, que se fazem presentes no jogo democrático. As relações de alteridade e o jogo de interesses presentes se processam em uma perspectiva de resultados e não apenas de pressupostos, o que exige uma capacidade de articulação de interesses e não mais a imposição da vontade geral em termos rousseauianos, destacando-se a relevância das classes médias nessa interpolação de conflitos.

O que se depreende é que a saúde passa a fazer parte da busca desse *resultado*, que interessa, indistintamente, à reprodução do capital e da força de trabalho, sendo que a busca de investimentos para garantia, e para expansão dos direitos nessa área, aglutina interesses que se transformam em forças políticas.

A organização dos interesses, nas sociedades contemporâneas, dada sua complexidade, não se restringe às clássicas representações via partidos políticos ou ação sindical, expressões políticas do confronto capital-trabalho, nos estágios concorrenciais da acumulação capitalista.

A pluralidade de instituições mediadora, segundo Oliveira (2002), constitui “a armadura material dos direitos da cidadania”. Contrapondo-se ao ideário liberal, que pensa no indivíduo isolado exercendo sua autonomia, afirma, categoricamente, que o indivíduo se relaciona com os demais (com exceção do indivíduo no plano privado), através de instituições que dão sustentação e enquadram a cidadania.

As instituições, enquanto espaços políticos, representam interesses organizados, sendo perpassadas pela construção de consensos que sustentam as posições e as escolhas feitas.

Ao se tratar das instituições e respectivas mediações, a aproximação conceitual sobre os direitos sociais, e especialmente o direito à saúde, se relaciona ao direito enquanto instituição jurídica, utilizada aqui nos dois sentidos que lhe atribuem Dallari e Fortes (1997), apoiando-se em Reale:

o direito, um sistema de normas que regulamenta o comportamento dos homens em sociedade. Muitas vezes se emprega o direito em um sentido axiológico, como sinônimo de justiça, e muitas outras em sentido subjetivo. [...] Na reivindicação do direito à saúde, o termo é empregado em seu sentido subjetivo. Todavia, a referência à regras de direito vista por dentro implica necessariamente a compreensão do direito como regras do comportamento humano em sociedade (DALLARI, FORTES, 1997, p. 188).

Ainda que o argumento tenha uma carga normativa bastante acentuada, não se pode desconhecer sua importância, pois influencia, positivamente, as deliberações a respeito da responsabilidade de cada um e do Estado em sua garantia.

A autora reconhece, na esteira de autores que relacionam o direito à saúde ao desenvolvimento do sistema capitalista de produção, que foi a urbanização e o processo de industrialização, com suas conseqüentes manifestações de ordem política que impuseram, ao Estado, o provimento das ações de saúde, especificamente em saneamento e nos códigos sanitários.

Uma outra vertente analítica aprecia o direito à saúde tendo como fundamento os ideais liberais da Revolução Francesa. A igualdade entre os homens impediria ações caritativas, resquícios de uma ordem social considerada ultrapassada.

Ainda no plano jurídico, outra distinção, ou em outros termos, uma outra possível antinomia se faz presente: a contraposição entre o direito individual e o coletivo, o social.

No plano individual, a garantia do direito à saúde envolve a liberdade em várias situações, como por exemplo, o tipo de tratamento, a relação com o meio ambiente, as condições de trabalho. A liberdade individual, assim, implicaria escolhas entre distintas alternativas. Entretanto, sinalizam Dallari e Fortes (1997, p. 190),

é óbvio, então, que a efetiva liberdade necessária ao direito à saúde enquanto direito subjetivo depende do grau de desenvolvimento do Estado. De fato, unicamente no Estado desenvolvido sócio-econômica e culturalmente o indivíduo é livre para procurar um completo bem-estar físico, mental e social e para, adoecendo, participar do estabelecimento do tratamento.

No plano sócio-jurídico, pode-se avaliar o direito à saúde em dois aspectos. No primeiro, as exigências dos indivíduos face ao coletivo, que obriga a submissão às normas jurídicas, como a vacinação, ao tratamento, ao isolamento em casos de algumas doenças infecto-contagiosas, à destruição de produtos impróprios para o consumo, o controle do meio ambiente e do ambiente de trabalho. No segundo, a garantia da oferta de cuidados da saúde à todos que deles necessitam, o que corresponde ao ideal de igualdade, o que por sua vez se submete ao pleno desenvolvimento do Estado democrático de direito.

Dallari e Fortes (1997, p. 190) chamam a atenção para a tensão entre liberdade e igualdade ao se tratar do direito à saúde. Na esfera jurídica, esse direito, ao apropriar-se da liberdade e da igualdade “caracteriza-se pelo equilíbrio instável desses valores. [...]. Os homens sempre tiveram a consciência de que para nada serve a igualdade sob o jugo do tirano e a liberdade só existe entre iguais”.

Iluminando aspectos essenciais, a argumentação acima deve, forçosamente, incluir a relação Estado-sociedade-indivíduo. Embora o individualismo permaneça como principal característica dos direitos humanos, enquanto direitos subjetivos, as opções políticas de cada sociedade diferenciam os papéis assumidos pelo Estado. Nas sociedades liberais, o papel estatal se distingue, nitidamente, do papel do indivíduo, havendo sempre a preocupação em resguardar os seus direitos frente ao Estado. Como consequência, sua interferência se resume na garantia dos direitos negativos, na preservação da ordem, das leis e, no plano da saúde, quando muito, na saúde pública. Em sociedades de perfil socialista ou sociais-democratas há o reconhecimento, no plano da lei, de direitos de titularidade coletiva, onde há a interferência

estatal em aspectos condizentes, inclusive, aos direitos individuais e também a indicação da igualdade da cidadania face às questões sanitárias – os direitos sociais à saúde.

Ainda nesse campo, a observação de Schwartz (2001), seguindo uma tradição renovadora que vem surgindo na ala dos estudiosos de direito⁸⁰, é sumamente oportuna.

Ao estabelecer, com rigorosos fundamentos teóricos e conceituais, a conexão existente entre o direito à saúde e o Estado Democrático de Direito⁸¹, evidencia ser, essa conexão, vital para sua garantia. O Estado Democrático de Direito supera o *império da lei*, típico do Estado de Direito. “É uma modalidade estatal que procura transformar a realidade, onde a lei passa a ser um instrumento fundamental de mudança do *status quo*, fundamentada e baseada em vetores axiológicos tais como os direitos fundamentais do homem” (SCHWARTZ, 2001, p. 49).

Na concepção de Schwartz, que contem uma crítica aos padrões jurídicos fundamentados nos aspectos legalistas, se pode vislumbrar uma utopia, de transformar o direito em uma ferramenta para um determinado tipo de justiça social, servindo para alterar relações que contrariem o ideal de bem estar e a qualidade de vida instituído no texto constitucional.

Depreende, esse autor, que a relação entre Estado Democrático de Direito e a saúde, é um conceito básico para a efetivação desse direito. Não se discorda da afirmativa, mas se alerta para a costumeira dependência, no Brasil, do Poder Judiciário ao Poder Executivo⁸².

Na abordagem do mesmo autor, Schwartz (2001), outro ponto que vale destacar é sua incursão na teoria das gerações de direitos, seguindo a classificação de Norberto Bobbio (1992). No seu entendimento, o direito à saúde, ou seu equivalente, o direito à vida, se configura como de primeira geração, enquanto particular, absoluto e caracterizado pela sua

⁸⁰ O ensino e a prática do Direito vêm sendo adensados, com o que vem se denominando uma nova cultura do direito, a qual implica em superar o formalismo e a dogmática jurídica, alicerçando-se nas condições reais da existência. Tal significa um novo olhar para a legalidade e a legitimidade. A produção teórica de estudiosos do Direito, em algumas Universidades do Rio Grande do Sul, espelha essa inovação.

⁸¹ O Estado Democrático de Direito obedece aos seguintes princípios: constitucionalismo (Constituição como garantia jurídica), organização democrática da sociedade (com incorporação de novos elementos como as Organizações Não Governamentais - ONGs), sistema de direitos fundamentais individuais e coletivos (Constituição garantindo efetivação de ambos), justiça social (elemento de correção de desigualdades sociais), igualdade, divisão de poderes ou funções, legalidade e segurança e certezas jurídicas.

⁸² Quando se aponta a costumeira dependência, não se está generalizando, em absoluto, a questão, reconhecendo que o Ministério Público vem sendo *um fiel guardião* da Constituição em inúmeros casos, contrariando interesses políticos e econômicos dos grupos dirigentes.

titularidade individual. É uma garantia irrenunciável, intransferível, indisponível e extrapatrimonial (SCHWARTZ, 2001).

Na medida em que sua garantia importa em ações positivas do Estado, pode ser considerado de segunda geração. A igualdade prevista para a garantia da saúde situa-se como uma das conquistas da contemporaneidade na maior parte dos países. Está incluída, também, nos estatutos dos Organismos Internacionais de Fins Humanitários, como a Organização das Nações Unidas e sua subsidiária, a Organização Mundial da Saúde.

Atribui ao direito à saúde o estatuto de direito de terceira geração, pois pode ser apreendido na esteira dos direitos transindividuais, também nomeados como coletivos ou difusos. Essa afirmação baseia-se no fato, de inúmeras vezes, não se poder atribuir titularidade ao direito, sendo, portanto, patrimônio de um grupo, ou até da humanidade, no caso da preservação ambiental.

Como um direito de quarta geração vincula-se ao progresso da genética, conectado à biotecnologia e à bioengenharia, situação em que a reflexão sobre sua garantia é circunscrita, menos pelo fator técnico, e mais pelo aspecto ético.

Os direitos da realidade virtual são uma consequência da revolução informacional, que levou a anulação das fronteiras tradicionais, instaurando formas de comunicação inovadoras e criando novos espaços de conhecimento e de divulgação. O autor, Schwartz (2001), considera, com uma base ainda empírica, que o direito à saúde apresenta atributos que o qualificam como um direito de quinta-geração, pois o não acesso aos recursos da cibernética incidiria sobre a qualidade de vida, e, por conseguinte, na saúde. Afirma ainda, que a possibilidade de consultas e esclarecimentos *on line*, sobre a saúde, lhe atribuem essa qualificação.

Além da matriz jurídica, política e econômica, o direito à saúde vem sendo, atualmente reposto pela bioética. Talvez seja importante precisar, mesmo que de forma apenas indicativa, os termos dessa discussão e seu enfoque.

Não há uma posição consensual sobre as origens, tanto do termo bioética como de sua aplicação à área da saúde. As referências indicam que a bioética, como movimento organizado e sistematizado, estabeleceu-se nas décadas de 1970 e 1980, nos países ocidentais, com o propósito de discutir as dimensões morais da ciência, da vida e do cuidado à saúde. As inovações nas pesquisas com seres humanos e a biotecnologia repuseram no debate a

dimensão moral e filosófica, com um olhar particular sobre a dignidade humana, o cuidado com o ser vivo e a qualidade de vida, particular, global e planetária.

Lourenço (2001), recuperando a contribuição de Pessini e Barchifontaine sobre o tema, aponta que a ética médica passou por quatro fases: a primeira, centrada nos códigos de conduta profissional, na postura ética do médico no relacionamento com o paciente pontuado desde Hipócrates; a segunda, quando se começa a indagar sobre os direitos do paciente enquanto um ser autônomo e livre; a terceira fase, que se inicia no momento em que se procurou estabelecer as bases éticas da operacionalidade dos sistemas de saúde, ou sejam, as estruturas e os financiamentos ou custos da atenção à saúde como um conteúdo a ser apreendido pelos médicos em sua relação com a sociedade. A quarta fase, iniciada em 1996, no 3º Congresso Mundial de Bioética, conforme indica Lourenço (2001), articula, de certa maneira, as responsabilidades do médico, sua relação com o paciente e com a sociedade como um todo articulado, onde a saúde da população é a meta final, e razão de ser do comportamento ético. Definiu-se, por ocasião do evento mencionado, que a saúde diz respeito a uma multiplicidade de fatores que devem ser cuidados, como a ênfase na saúde e em permanecer saudável, o acesso equitativo aos serviços de saúde, a prioridade aos excluídos e a responsabilidade social da bioética na saúde da população.

Se a consideração acima contém uma série de dificuldades teóricas, que fogem ao objeto desse trabalho, é relevante assinalar que tem o mérito de assinalar outras dimensões, além das econômicas e políticas, presentes na discussão sobre o direito à saúde.

Concluindo, o direito à saúde é um item complexo da agenda política e da agenda governamental e o debate, ou seja, o confronto sobre seu alcance e seu conteúdo, se subsume à concepção de saúde adotada para direcionar a sua institucionalidade e sua constitucionalidade. Os interesses presentes e a capacidade organizativa dos diferentes grupos darão o tom do debate e, mais do que isso, viabilizarão a inclusão e efetivação do direito à saúde com um perfil em que a democracia e a universalidade encontrarão abrigo amplo ou um espaço extremamente reduzido.

2.3 Ajustes estruturais e a transição de paradigmas no setor saúde

A análise das transformações que vêm ocorrendo na área da saúde exige o reconhecimento e a identificação de influências de outros fenômenos e processos inter-relacionados. Situações e programas verificados na *ponta* do sistema são, na maior parte das

ocasiões, determinados por questões de natureza estrutural, que somente podem ser apreendidas quando se revelam os nexos internos entre as mesmas. Nesse sentido, não se pode analisar as alterações do direito social à saúde sem uma incursão nas orientações normativas das agências multilaterais⁸³. Da mesma forma, não se pode desconsiderar as alterações nos cenários internacional e nacional, especialmente as que ocorreram nos anos 1990, a “década das reformas” (BAUMANN, 2000, p. 18).

As contribuições de Almeida (1996a, 1996b), Costa (1996), Costa, Silva e Ribeiro. (2001), Carvalheiro (2000) e Melo e Costa (1994) constituem uma moldura teórica consistente para se reconhecer os pressupostos ideológicos, políticos, sociais e econômicos que incidem sobre as transformações do setor saúde no cenário contemporâneo. Complementando a abordagem sobre as reformas no setor, em uma perspectiva tendencialmente organizacional e pragmática, retoma-se as ponderações de Almeida (1996, 1997, 2000) e Londoño e Frenk (1997). Numa ótica eminentemente crítica, inclui-se as observações e reflexões de Ugalde e Jackson (1998) e Laurell (1995, 2000a, 2000b).

O professor Carvalheiro (2000) indica que qualquer análise sobre a situação das políticas sociais, em especial as da saúde, não pode descurar o fato de que o setor que mais favorece a acumulação, nos dias atuais, é o setor terciário da economia, sendo a saúde a área de maior dinamismo nesse processo.

Alguns fatores levam a essa situação ímpar. O trânsito de uma atividade, cuja origem e fundamento centrava-se no bem estar, com um alto sentido humanitário, para uma atividade onde a racionalidade ordenadora de seu encaminhamento é o lucro. Na literatura corrente, dentre os elementos que se destacam para essa alteração, vêm sendo identificados a incorporação tecnológica e as novas tecnologias de gestão do setor saúde, especialmente da assistência médica individual por meio de prestadores privados. Não se deve perder de vista que o panorama cultural e axiológico dentro do qual se inscrevem as transformações em curso é o da cultura da mercantilização, como lembram Braga e Silva (2001, p. 33):

diz-se, indevidamente, do imperativo macroeconômico de controle das despesas nacionais com a função da saúde como se fosse uma ‘naturalidade’ imposta pelas ‘leis econômicas’. Se há uma certa ‘crise do modelo administrativo burocrático’, e isso parece que sim, como entende-la sem cair naquilo que é o senso comum – a

⁸³ A interação entre atores nacionais e as agências nacionais envolve a troca de informações que servem para criar ou fortalecer as coalizões para as reformas. A metáfora de uma *aliança triplíce reformista* é utilizada para ilustrar esse enraizamento entre agências externas, burocracia governamental e grupos do setor privado (MELO, COSTA, 1994, p.53).

congénita ineficiência estatal? [...] Cabe lembrar que a cultura que se fala é a cultura da mercantilização.

Essa conjunção de fatores vem sendo objeto de preocupação dos organismos multilaterais, não com o mesmo objetivo e nem com as mesmas proposições de encaminhamento, sendo que a Organização Mundial da Saúde e suas agências regionais, e o Banco Mundial se colocam, aparentemente, em campos opostos. Na realidade, há uma única direção política, que é difundida nas distintas frentes de ação desses organismos,

que diz respeito ao diálogo entre diversas agências da comunidade internacional, podemos dizer que ele integra o diálogo político que visa estabelecer consensos no interior dessa comunidade, acerca de quais iniciativas, projetos e políticos devem ser apoiados (MATTOS, 2001, p.8).

Cada uma das agências tem suas proposições, as quais são veiculadas a partir das respectivas comunidades epistêmicas, caracterizando-se, assim, duas vertentes de análise com paradigmas distintos. De um lado, o paradigma da saúde pública, defendido pelas tradicionais agências de atenção à saúde; de outro, o da economia da saúde.

O paradigma da saúde adota o princípio da equidade e o marco conceitual da epidemiologia. O paradigma da economia da saúde, os princípios da competitividade, da focalização e seletividade da ação pública e o método das ciências econômicas e administrativas (CARVALHEIRO, 2000, p.9)⁸⁴.

Em um confronto teórico e mais essencialmente político, cada uma das comunidades epistêmicas esgrime seus conhecimentos e racionalidades discursivas, buscando ampliar o consenso em torno de seus pressupostos e princípios. O grupo ligado à saúde pública repõe e recicla antigas palavras de ordem, como *Saúde para todos* - atualmente, *Saúde para todos com equidade* - sempre apostando em melhorias futuras. O documento *Investindo em Saúde*, do Banco Mundial⁸⁵ (1993) é a arma potente e a principal referência da comunidade reunida sob o rótulo de economia da saúde. Alerta para o descontrole financeiro dos Estados nacionais e o risco de um colapso econômico, se não forem procedidas reformas drásticas nos sistemas de seguridade social, notadamente na saúde e na previdência social. O documento avoca para si a prerrogativa de ser o grande mentor e a agência financiadora de um futuro com *saúde para todos*.

⁸⁴ Essa indicação é também encontrada em Melo e Costa (1994) e Rocha (1999).

⁸⁵ O Banco Mundial vem publicando seguidamente boletins internos e estudos sobre as reformas da saúde, além de financiar eventos, pesquisas e publicações sobre o tema.

Segundo Costa, Silva e Ribeiro (2001), a expressão reforma do setor saúde vem sendo utilizada nos países de economia capitalista, desde os anos 1970, para indicar as transformações que vêm se processando nos modelos organizacionais de atenção à saúde⁸⁶. “A reforma tem sido definida como um processo de mudança contínuo e sistemático em um ou mais segmentos do sistema de saúde” (COSTA, SILVA, RIBEIRO, 2001, p. 292).

Três ordens de fatores determinaram as iniciativas e encaminhamentos das reformas, abrangendo aspectos relacionados especialmente com a reorganização do sistema de saúde. Essas iniciativas incluíram novas modalidades de gestão financeira e administrativa, com o escopo de reduzir a *medicalização*⁸⁷ orçamentária do setor.

Há uma face mais voltada para aspectos biológicos e sociais, como a excessiva preocupação com os usuários, ampliando constantemente os serviços e benefícios; o crescimento das doenças crônicas e, conseqüentemente, a sobrevida dos pacientes nessa situação; e o envelhecimento da população, que traria crescentes exigências ao sistema, do mesmo modo que a ampliação da expectativa de vida.

Uma outra faceta se refere às inovações tecnológicas de alto custo, as pesquisas no setor médico e aos insumos de saúde, que são as causas apontadas para a inviabilidade de sustentação dos modelos universalistas e públicos de atenção à saúde. Os estudiosos que partilham dessa concepção apontam, reiteradamente, que as descobertas tecnológicas na área não reduzem os seus custos, como ocorre em outros setores. No setor saúde, não somente não têm seus custos rebaixados como as novas tecnologias se somam às já utilizadas, criando uma espiral de gastos difícil de ser sustentada.

A terceira face da questão diz respeito aos valores que vêm sendo transmitidos em relação à saúde, à estética corporal, as externalidades decorrentes da forma física e da juventude. Essas dimensões vêm sendo valorizadas pela área privada do setor saúde, envolvendo a classe médica, as organizações profissionais, o complexo médico-industrial e as operadoras de seguro e de planos de saúde. São serviços e procedimentos de alto custo, que

⁸⁶ Convém observar que duas reformas, na Espanha e na Itália, em 1986 e em 1978, respectivamente, foram orientadas pelos paradigmas do direito social, ou seja, da igualdade e universalidade. No entanto, rapidamente alteraram suas agendas devido à entrada na “estrutura disciplinadora da União Européia cujos padrões normatizadores setoriais, vinculados aos indicadores macroeconômicos, balizaram e limitaram as opções governamentais e desencadearam os processos de reforma atualmente em curso” (ALMEIDA, 1997, p. 188). Nas reformas da década de 1990, os países seguiram o paradigma da economia da saúde.

⁸⁷ O termo *medicalização* do sistema é utilizado por Costa, Silva e Ribeiro (2001 p. 295) como o “crescimento excessivo do item saúde no conjunto das despesas públicas”.

contrapõem interesses de dois agentes econômicos do setor: os financiadores dos serviços de saúde, tanto os públicos como os privados; e as indústrias de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares. Estas últimas vêm se destacando pela fabricação de

inúmeros produtos que compõem um ramo produtivo cuja complexidade e sofisticação assemelha-se àquelas do campo aeroespacial. [...] Setores “conexos” tais como a mecânica de precisão, eletrônica digital, informática e química provocam uma interação com a indústria de equipamentos médicos – que traz benefício de avanços científicos e tecnológicos (BRAGA, SILVA, 2001, p.23).

É nesse foco que se pode apreender a crítica e a preocupação com a crescente expansão de gastos com o setor saúde nas despesas familiares e nos orçamentos públicos.

Ao fim e ao cabo, o controle do gasto público sanitário permeia todas as reformas do setor saúde. O diagnóstico das exigências macroeconômicas foi incorporado por todos os países capitalistas, do centro à periferia do sistema.

Almeida (1998), ao discorrer sobre a temática, indica estar em curso uma terceira grande onda de reformas sanitárias estruturais⁸⁸ de grande alcance. A terceira onda, pendularmente distinta das anteriores, apresenta dois momentos que se complementam, ou no dizer da autora, “são faces de uma mesma moeda”. No primeiro momento, houve a expansão dos serviços de assistência médica. No segundo, a situação reversa, a crítica ao modelo implantado, tendo como resultante uma agenda *pós – welfare* para a área sanitária. Almeida aponta que três dimensões influem na reversão da tendência expansiva dos cuidados médicos: a crise fiscal do Estado, a partir de 1975, com desdobramentos orçamentários; a crítica ao tipo de assistência médica prestada; e a hegemonia neoliberal do período. Situa-se, nesse momento, a transição das propostas de orientação sanitária, pautadas no paradigma da saúde pública, para as proposições norteadas pelo paradigma da economia da saúde, que informam as agendas da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial (MELO, COSTA, 1994, COSTA, 1996, ROCHA, 1999).

O primeiro paradigma conceitual, o da saúde pública, fundamentou a agenda sanitária internacional até os anos 1950. Melo e Costa (1994, p. 48) assinalam que “peças essenciais desse paradigma são os princípios de equidade e o marco conceitual da epidemiologia, os quais foram elaborados por uma comunidade de especialistas”.

⁸⁸ Célia Almeida (1997) sumariza, no texto em questão, as três grandes ondas de reformas sanitárias desde o século XIX. A primeira é decorrente da difusão do modelo bismarckiano, a segunda pautada nos elementos do modelo inglês de proteção e a terceira, originária do modelo norte-americano.

Nos anos 1970, em decorrência, principalmente, da crise econômica internacional, há uma alteração paradigmática, passando a agenda internacional a ser direcionada pelo paradigma da economia da saúde. Assiste-se ao ingresso de uma outra racionalidade na esfera sanitária, até então, espaço intocável da medicina. De acordo com Melo e Costa (1994, p. 50),

neste paradigma, os princípios da focalização e seletividade da ação pública são fundamentais e a análise econômica é manejada sobretudo para revelar a dimensão fiscal e financeira da atenção à saúde. Neste paradigma a idéia de desenvolvimento sustentável é incorporada como ingrediente importante.

A inclusão do desenvolvimento sustentável explica o ingresso da racionalidade econômica na saúde, contrapondo-se ao ideal de equidade, que entende a saúde como uma necessidade básica. As preocupações com padrões de sanidade, ecológicas e demográficas associaram-se à consciência do esgotamento dos recursos naturais. Dessa forma, as políticas de redução da mortalidade desequilibrariam os padrões de sustentabilidade ambiental, “o que abriu a possibilidade de estabelecer limites ao entendimento das ações humanas enquanto bem absoluto” (MELO, COSTA, 1994, p. 83).

Detalhando-se a natureza dos processos reformistas no plano internacional, ocorrido em 1990, após um consenso internacional construído ao longo dos anos 1980, pode-se observar uma diferença relevante para a análise das agendas políticas. No decorrer dos anos 1970 e 1980, o eixo das mudanças foi conformado pela crise econômica que se abateu sobre os países centrais, favorecendo as críticas sobre os altos custos das despesas com a saúde nos orçamentos nacionais. Passa-se a considerar a existência não mais de uma crise sanitária, mas de uma crise dos sistemas de saúde, com o predomínio dos argumentos econômicos, os quais eram referidos por autores de matizes ideológicos distintos, estendidos para os diversos países europeus. Como consequência, os orçamentos nacionais sofreram cortes na área sanitária, com vistas a melhorar o seu desempenho econômico, ou seja, reduzir a sua *medicalização*. Os cortes provocaram insatisfação, além de descontentamentos com a massificação e a homogeneização dos serviços, entre os usuários do sistema, que atribuíam ao setor público a redução de sua qualidade. As críticas quanto à organização dos sistemas e o investimento discursivo para a transferência dos serviços da área pública para a privada decorrem desse movimento. Esses dois componentes consolidaram as palavras de ordem para as reformas dos sistemas de saúde: privatização, flexibilização, descentralização e desregulamentação (ALMEIDA, 1996b).

Célia Almeida (1996a, 1996b) observa que a experiência dos Estados Unidos, com a idéia de competição no setor sanitário, é revisada e incorporada nas propostas européias, como o paradigma de *competição administrada*. Em certa medida, foi a matriz das alterações nos modelos de atenção à saúde, que, a partir do modelo inglês de *mercado interno*, influenciou a Suécia (1980), a Holanda (1987), a Itália (1992) e a Espanha (1991). As expressões mercado interno, ou quasi-mercado, vêm sendo usadas para designar as alterações do modelo inglês de proteção a saúde, proposto pelo documento *Working for Patients*, em 1989, no governo Thatcher, que reflete as orientações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, OCDE

Nesse período, foi fortalecido internacionalmente o consenso em torno do Estado mínimo, sem uma preocupação maior com suas condições de governabilidade, seu papel de condutor do desenvolvimento nacional e sua função de equacionar os riscos sociais.

As indicações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), mencionadas por Almeida (1996b), são semelhantes às do Banco Mundial e enfatizam os seguintes itens: resposta do Estado ao consumidor, inovação nas formas de organização da distribuição de serviços, financiamento e recuperação de custos, inovações gerenciais ou responsabilização interna, reinterpretação da representação ou responsabilização externa. As proposições se referem aos objetivos de:

- descentralizar para o nível local ou para o setor privado e as organizações da sociedade e privilegiar a atenção primária, numa perspectiva de diminuir o gasto hospitalar;
- aumentar a eficiência, entendida sempre como manutenção dos limites de caixa definidos pelas variáveis macroeconômicas;
- reforçar a regulação, isto é, manter sob estrito controle os orçamentos setoriais e a força de trabalho, com deslocamento e enfraquecimento das organizações associativas e sindicais; e
- assegurar a contenção dos custos dos serviços prestados (ALMEIDA, 1997, p. 190).

Operacionalmente, os objetivos acima se traduziram em inovações institucionais, tais como se pode verificar no Reino Unido: a separação de funções entre o nível central do sistema e os provedores de serviços de saúde, ficando o primeiro responsável pela formulação de políticas para o setor; o incentivo ao atendimento médico voltado para a atenção primária, fortalecendo a transformação dos profissionais em gestores de fundos públicos para a compra de serviços; a alteração dos papéis das autoridades sanitárias em compradores de atenção à saúde; o incentivo à transformação dos hospitais públicos em empresas, com vistas a obter parte dos recursos necessários à sua manutenção no mercado, competindo com os hospitais

públicos; o incentivo às ações que reduzem gastos, como atenção ambulatorial, atendimento domiciliar e atenção primária. Verifica-se, também, no sistema inglês de saúde pública, o objetivo de reduzir os gastos hospitalares e introduzir mecanismos de competição nos sistemas de saúde, do lado da oferta e da demanda, favorecendo a construção da atenção médica regulada (assistência gerenciada, competição administrada, mercado interno e competição pública) (COSTA, SILVA, RIBEIRO, 2001, p. 298).

As alterações do setor saúde na Europa, tendo em vista o diagnóstico e as propostas para a superação dos entraves, processaram-se em três ordens de temporalidade. As medidas de curto prazo, envolvendo o controle de preços, introdução do co-pagamento no consumo de medicamentos, redução do quadro funcional para os serviços de saúde e restrições para o seguro social. As medidas de médio prazo foram

as alterações no pagamento aos provedores pelas modificações nos valores relativos aos honorários médicos, aos métodos de remuneração dos profissionais de saúde. Particularmente importantes foram os limites de caixa aos orçamentos para a saúde ou a imposição de metas orçamentárias para partes dos Sistemas Nacionais de Saúde (COSTA, SILVA, RIBEIRO, 2001, p. 292).

A restrição na formação de médicos e na ampliação de leitos hospitalares é referida pelos autores como de longo prazo, juntamente com a implantação de medidas de prevenção, freando uma demanda posterior.

No segundo momento das reformas, em 1990, há a adoção das estratégias experimentadas para favorecer as racionalidades acima indicadas. Alguns países europeus têm como matriz orientadora a redução dos riscos do mercado, sem, no entanto, anular a sua participação na oferta de serviços de saúde. A proposta é expandir os mecanismos de regulação devido às falhas do mercado no provimento de serviços e ações de saúde.

Na América Latina, a inclusão do tema da reforma setorial vem ampliada pela crise social e se torna mais complexa, na medida em que quase todos os países do continente se encontram sob medidas de contenção econômica. As consequências são o aumento dos índices de pobreza, a deterioração das condições de saúde e a redução dos investimentos públicos. Esse quadro ocorre em regimes políticos democráticos recém consolidados.

Os desenhos implementados nos países centrais vêm sendo difundidos e adotados pelos países da América Latina, com a crescente desobrigação do setor público pela atenção à saúde da população, com os procedimentos seletivos de inclusão, com os rearranjos entre os

setores públicos/privados⁸⁹, com a focalização da ação pública nos setores de risco social através de pacotes básicos, subsídios, atenção de baixo custo e alto impacto.

O significado de equidade é transposto de *equidade em saúde* para *equidade social*, apresentando sérios riscos para as pretensões de universalidade e de direito social aos serviços e ações de saúde.

As racionalidades presentes podem ser identificadas nos *topics*: menor custo, incentivo à qualidade e satisfação dos usuários. A tônica é a orientação para o mercado, seja no primeiro momento da reforma, quando se investiu na redução das atividades estatais, como no segundo momento, quando se incentivou a formação do mercado interno ou outras modalidades de atenção administrada na saúde. Vários atores políticos têm se aglutinado em torno dessas novas racionalidades. Vêm ganhando força, sob o rótulo de modernidade e de inovações tecnológicas, a idéia de seguro nacional de saúde e outras formas de competição pública administrada. Almeida (2002) chama a atenção para

uma proposta de competição administrada, retraduzida para a região sob o nome de “pluralismo estruturado”, ou a “versão tropical” da competição administrada norte-americana, que aliás já vem sendo implementada na Colômbia, desde 1993. Na realidade essa é a primeira proposta de reforma setorial para a região que tenta articular, num modelo específico, as principais idéias que têm sido difundidas internacionalmente e que vêm integrando as agendas reformadoras em diversos países.

Os pressupostos que orientaram e vêm orientando as *reformas para o mercado* são resumidos nos seguintes itens: de um lado, a assimetria de informação do mercado e o risco moral⁹⁰ conduzem a um excesso da oferta; de outro, a ineficiência estatal derivada da união das funções de financiamento e provisão dos serviços de saúde no setor público, leva ao alto custo do sistema pela sua não-responsabilização nos gastos.

A maior inovação institucional foi a adoção de novas modalidades administrativas públicas, com a implementação de decisões por instituições descentralizadas. Isso ocasionou a separação entre funções de funcionamento, a provisão de serviços, e a regulação estatal sobre

⁸⁹ Há que se ter cuidado com a referência público/privado, pois os arranjos e as formas de articulação se particularizam de país para país, herdando as heranças históricas da conformação dos sistemas de saúde.

⁹⁰ A assimetria de informação na comercialização da saúde se refere ao fato do consumidor não possuir todas as informações necessárias para decidir onde vai satisfazer sua necessidade de saúde. José Serra (2000, p.29) observa que “a informação do consumidor é uma pré-condição para que opere um modelo de concorrência perfeita, mas o serviço vendido pelos médicos, no seu atendimento, é a informação [...]”.

o mercado, no suposto de ampliar a eficiência do sistema, reduzir os gastos públicos e oferecer maior qualidade e satisfação ao cidadão consumidor.

As análises de Costa, Silva e Ribeiro (2001) sobre esses processos reformistas apontam que, nos últimos anos, as inovações têm procurado obter maior eficiência financeira dos provedores de serviço ligados tanto ao setor público como ao privado, sem, no entanto, evidências que comprovem seus resultados. A eficiência desejada vem impulsionando alterações de papéis e funções entre os responsáveis pelo setor, através de mecanismos de contratualização⁹¹ de serviços e pela competição administrada e pelo *quasi-mercado* ou *mercado interno*.

Talvez seja importante precisar, mesmo que de modo apenas indicativo, as características principais dos modelos que estão na agenda política, visto que têm relação direta com o objeto de estudo em questão⁹².

Assistência médica gerenciada (*managed care*) – tem como primeiro objetivo reduzir os custos da atenção médica. Significa a gestão de controle para a utilização dos serviços, tanto do lado da oferta quanto da demanda, articulando a prestação e o financiamento dos serviços. É baseada na crença da racionalidade privada para baratear os serviços de saúde e torná-los acessíveis à população de renda média e baixa.

Competição administrada (*managed competition*) – contrabalançado por uma regulação superior, é um modelo construído para aproveitar as vantagens competitivas decorrentes da eficiência e da eficácia, superando os problemas que derivam da busca de um lucro excessivo. Nessa proposição, o mercado teria três agentes intervenientes: os consumidores (não necessariamente os sujeitos individuais), os planos de saúde (os prestadores ou agenciadores da prestação de serviços) e os responsáveis (os terceiros pagadores), que contratam planos competitivos. Esse desenho estrutura e ordena o mercado. É um dos itens do menu do Banco Mundial (1993).

Mercado interno (*internal market* ou *quasi-mercado*) – tem como principal característica a separação entre as funções de prestação de serviços e as funções de financiamento, direção e controle do sistema sanitário. Há uma relação contratual entre os dois agentes que negociam, entre si, a melhor oferta em termos de eficiência e eficácia. Os

⁹¹ A contratualização define, em bases formais, a separação entre financiamento e a provisão direta dos serviços (COSTA, SILVA, RIBEIRO, 2001, p. 290).

⁹² O sumário, a seguir, foi elaborado a partir de Célia Almeida (2002) e Costa, Silva e Ribeiro (2001).

objetivos são a obtenção de maior rendimento do recurso alocado e a “produção de pacotes quantitativa e qualitativamente mais adequados à livre escolha do consumidor” (Almeida, 2002). Os prestadores podem ser públicos ou privados e o diferencial de uma contratação simples, como no sistema brasileiro, é o controle posterior dos contratos estabelecidos e o recurso aos mecanismos de competição na escolha dos prestadores. O nome mercado interno ou *quasi-mercado* decorre do fato de não ser um mercado com todas as regras, mas que contém uma certa regulação.

Competição pública – de origem sueca, serve para os sistemas públicos de saúde. Pode ter várias conformações, desde que se respeitem as características básicas do modelo, que são a propriedade e a gestão pública das instituições prestadoras de serviços; a livre escolha do médico e do serviço pelo paciente (dentro de um rol de instituições e serviços de determinada área e financiados com recursos orçamentários); e a flexibilidade orçamentária, permitindo os ajustes necessários.

Pluralismo estruturado – seria uma espécie de competição administrada com caráter público do financiamento pela população, sendo que o montante arrecadado seria alocado em instituições privadas, as Organizações Articuladoras (OAS), que instituiriam fundos especiais, criados especificamente para administrar os recursos financeiros. Configura-se como uma nova estruturação no *mix* público/privado. Seu idealizador, Juan-Luis Londoño, recupera as experiências de outros sistemas da América Latina na sua proposta (LONDOÑO, FRENK, 1997).

Quando se aprecia as características dos sistemas de saúde acima arroladas, depara-se com as percepções de direito à saúde transitando da categoria de bem social para a de bem individual, e da categoria de direito social para a de direito civil, evidenciando os conteúdos vinculados à equidade ou à economia da saúde.

Nessa linha de argumentação, provavelmente, a mais significativa alteração no setor saúde, encaminhada pela OCDE e Banco Mundial, tenha sido a revisão conceitual, ou o deslocamento semântico de valores consolidados na assistência médica, e de temas caros à saúde pública, sobressaindo-se nesse rol, a associação implícita da saúde como necessidade humana essencial e o seu correlato, a equidade.

Internacionalmente, o princípio da *equidade em saúde* vinha orientando a política de saúde até a década de 1980, a partir da definição clássica de Whitehead (1992). Era composto de um conjunto, no qual se sobressairiam três vetores básicos: as necessidades a serem

atendidas igualmente, a qualidade no atendimento universal e o acesso igualitário a serviços disponíveis para necessidades iguais.

Melo e Costa apontam a ampliação “de movimentos de idéias impermeáveis a estes princípios” (1994, p. 82) como uma novidade da década de 1980, entre intelectuais de tradições distintas. A equidade em saúde vai cedendo lugar ao paradigma de economia da saúde, que condiz com a lógica da modernidade gerencial e econômica.

As reformas se processaram na América Latina com poucos anos de atraso em relação ao continente europeu, tendo sido fortemente incrementadas pelo Banco Mundial, a partir de meados da década de 1975 (RIZZOTTO, 2000) e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID. O teor das proposições não diferia, como não difere ainda hoje, em grande escala, da proposta da OCDE. A preocupação com o setor saúde, a partir da instituição financeira, decorria do suporte aos projetos de saúde que contribuíssem para o ajuste estrutural e do interesse em ações de saúde que levassem a um incremento financeiro do setor.

O diagnóstico sobre a crise do setor saúde focalizou essencialmente os Estados nacionais como responsáveis pela má alocação de recursos, pela ineficiência, pelo alto custo dos serviços sanitários e pela iniquidade, entendida como não-acesso aos mais pobres (COSTA, RIBEIRO, 1996, p. 90). Em face de tal diagnóstico, foram propostas três medidas estratégicas: criar um ambiente propício para que as famílias melhorassem suas condições de vida; tornar mais criteriosos os gastos públicos com saúde; e promover a diversificação e concorrência. O documento *Investindo em Saúde* (Banco Mundial, 1993) propõe uma série de ações em saúde, que são sumariadas a seguir:

- o investimento em saúde, especialmente em famílias empobrecidas, criando uma *ambiência econômica* que poderia contribuir para aumentar a renda, integrando-as ao desenvolvimento;
- o redirecionamento dos investimentos para programas mais eficazes em custo/benefício e focalizados nos pobres, sugerindo os programas de saúde pública, de *serviços clínicos essenciais*⁹³;

⁹³ Curiosamente, como sinalizam Rocha (1999) e Laurell (2000a), o documento indica financiar e garantir a implementação de um pacote de serviços clínicos essenciais a ser definido por cada país como uma das medidas. Entretanto, na orientação para os países em desenvolvimento, delimita os serviços clínicos essenciais em assistência à infância, planejamento familiar, atendimento pré-natal, tratamento de tuberculose e das doenças sexualmente transmitidas e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST-AIDS).

- a redução dos gastos públicos com instalações de atendimento terciário, com a capacitação de especialistas e com intervenções de pouco retorno econômico;
- o financiamento e a implementação de ações de saúde pública que impliquem em grandes externalidades, como o controle de doenças infecciosas;
- o aprimoramento da variável administrativa dos serviços públicos de saúde, através da descentralização de responsabilidades, terceirização de serviços e autonomia orçamentária;
- o incentivo à demanda por seguros privados, no caso dos serviços clínicos não contidos no *pacote de serviços clínicos essenciais*. Indica o documento que poderia se incentivar a previdência social mediante uma forte regulação entre acesso equitativo e custos;
- o incentivo à concorrência entre os prestadores de serviços públicos e privados, no fornecimento de atenção médica, insumos e medicamentos.

Como se pode observar e foi mencionado por Melo e Costa (1994), o Banco Mundial voltou-se para um enfoque mais institucional, com a inclusão das questões de governabilidade e competência do Estado também nas áreas setoriais. De uma posição inicial de desmonte de Estado, refuncionaliza sua intervenção, alocando-o novos papéis e tornando-o um elemento ativo na conformação de novas institucionalidades na atenção à saúde. O próprio Banco Mundial, em seu Relatório sobre o Desenvolvimento Social de 1997, *O Estado num mundo em transformação* reafirma a importância de um Estado efetivo e não de um Estado mínimo, situando-se, essencialmente, como um parceiro facilitador, e não como um diretor. O papel dos Estados deve ser complementar ao mercado e não seu substituto. “Ainda mais importante é a percepção atual de que os mercados e os governos são complementares: o Estado é essencial para a implantação dos fundamentos institucionais apropriados para os mercados” (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 4).

Tomando como referência os autores mencionados, pode-se afirmar que a alteração dos rumos políticos, entre os anos 1980 e 1990, decorreu de três fatores: o fracasso das reformas estruturais e dos programas macroeconômicos; a relevância das instituições nacionais nas economias nacionais, conferida pela queda do muro de Berlim e os altos custos sociais das reformas implantadas sob a orientação das agências financeiras internacionais. Reconhece-se, pelo teor das propostas, que as críticas ao Estado foram abrandadas nos anos 1990, quando se passa a discutir a revisão do papel estatal e a inserção da esfera privada em áreas eminentemente públicas.

Analizando os pressupostos contidos no relatório do Banco Mundial de 1993, Laurell (2000a)⁹⁴ aponta três objetivos implícitos. O primeiro, é compatibilizar a política de saúde com a doutrina neoliberal, que a coloca preferencialmente no âmbito privado e somente em certas condições como tarefa pública. O segundo objetivo é adequar a política de saúde às prioridades do ajuste fiscal. O terceiro, é delinear políticas para amortizar os custos sociais e políticos do ajuste econômico.

A crítica da autora qualifica o relatório como ideológico, visto que não apresenta as premissas claramente, sendo sutilmente indicadas como formas de valorização do privado em detrimento do público. A concepção do papel do Estado, contida no relatório, é altamente reducionista e as indicações definidoras do que é *o público* o esvaziam de todo o significado relativo aos conteúdos históricos, valorativos e éticos. O documento joga por terra toda a história da América Latina, ao desconsiderar que a saúde vem sendo apreendida como estatuto de um bem básico, como uma necessidade essencial, reconhecido enquanto um direito social, com pretensão universal, em muitos países da região.

Quanto ao atendimento à pobreza, de forma seletiva e eficiente, a autora anuncia a competência do Estado por razões unicamente de imperativo moral, porque não podem, supostamente, satisfazer as suas demandas de saúde por meio dos provedores privados.

Concluindo suas reflexões, Laurell (2000a, p. 7) sinaliza o risco dos países

embarcar el sistema de salud en un experimento a gran escala sobre bases bastante inciertas. Est así porque no hay evidencias claras, como el próprio Informe o demuestra, de que las políticas recomendadas puedan resolver los problemas existentes. Al respecto se puede argüir que los gobiernos están libres de adoptar la propuesta o no. Sin embargo, no se debe subestimar la coerción que el BM puede ejercer sobre los países subdesarrollados, con agudas necesidades de ingreso de divisas, mediante el condicionamiento de sus préstamos y de la ayuda canalizada a la aplicación de sus políticas.

No Brasil, após a publicação do Relatório do Banco Mundial de 1993, aparecem as primeiras críticas sobre o documento. Fleury (1994b, p. 65) alerta para as consequências de uma “política de saúde em uma sociedade de mercado”. Misoczky (1995) relaciona a agenda do Banco Mundial sobre a saúde ao discurso do então Ministro Adib Jatene e ao Governo Fernando Henrique Cardoso, que propunha uma discussão sobre o pagamento complementar

⁹⁴ O artigo indicado foi publicado originariamente em *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*, pela Representación Friedrich Ebert Stiftung en México/Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, México, em 1995.

ao SUS. A autora considerou o documento, na ocasião, uma séria contraposição aos primeiros passos da construção dos direitos de cidadania social.

Quando se fala em reforma sanitária no Brasil, a referência tem sido a alteração radical da atenção à saúde, inscrita na Constituição de 1988. A perspectiva da alteração era a ampliação dos direitos sociais, contrariamente às reformas ocorridas, no mesmo período, na Europa e na América Latina, que reduziram e regularam fortemente os mesmos direitos.

Relacionando com os processos que vêm ocorrendo no plano internacional, de acordo com Baumann (2000), o Brasil estaria entrando nas reformas de segunda geração, a partir dos meados da década de 1990, com as alterações da Seguridade Social e a reforma administrativa do Estado. As reformas nomeadas de primeira geração, compreendendo a abertura comercial e a privatização das empresas estatais, estavam quase concluídas no início dos anos 1990.

Baumann (2000) chama a atenção para o fato que as alterações econômicas repercutiram diretamente nas políticas sociais, com o envolvimento crescente do setor privado no financiamento de programas e projetos. Relata que as reformas de segunda geração na saúde tem seu início em 1995, concentrando-se em dois pontos: a reorganização do financiamento e a expansão dos serviços preventivos no setor.

No período, aprofunda-se a internacionalização da economia, favorecida pela estabilidade de preços, conseguida às custas da redução do investimento nas políticas sociais e da ampliação das desigualdades sociais. No Brasil, esse cenário de crise é associado ao modelo de crescimento econômico adotado, que levou, na década de 1980, à queda da receita fiscal, à diminuição dos investimentos externos e à debilidade financeira do Estado, devido à internacionalização do capital.

Mota (1995), analisando o que chama “cultura da crise”, isto é, como vai sendo construída uma cultura política sobre a crise no Brasil, aponta que dois vetores são essenciais para essa construção: “a defesa do processo de privatização”, reduzindo a intervenção estatal, e a constituição do “cidadão consumidor”, ente político que garante a existência de uma sociedade regulada pelo mercado. Esse movimento favorece o encaminhamento das reformas, que se inicia com a revisão do Estado, fazendo eco às proposições do Banco Mundial, e se espalha para as áreas da previdência e saúde. Essa alteração não pode ser desvinculada dos processos sócio-econômicos em curso e alterando valores que incidem sobre os diversos aspectos da vida social. Vão se construindo consensos que permitem arranjos diferenciados em distintos níveis da vida social. Os atores políticos vão se organizando e compondo suas

agendas e estratégias de disseminação, o que dá a indicação de que está em curso um processo para alterar as bases constitucionais do atual Sistema Único de Saúde, conforme se busca evidenciar nos capítulos 5 e 6.

CAPÍTULO 3

3 CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO

A escolha de um caminho analítico para interpretação dos fatos e fenômenos sociais é, de certa maneira, arbitrária. Ou seja, reconhecendo-se que a interpretação da realidade social não é unívoca e sim condicionada por diferentes visões de ser humano e de mundo, a escolha é prerrogativa do pesquisador. Essa afirmativa supõe que a opção teórico-metodológica deriva da compreensão do que é, e de como se constrói o conhecimento da realidade social, sendo permeada por um conjunto de questões que devem ser refletidas e que condicionam a escolha. Entre estas, destacam-se certos aspectos epistemológicos, quais sejam, a natureza do social, as relações entre indivíduo e sociedade, entre ação, estrutura e significados, entre sujeito e objeto, entre fato e valor, entre fato e interpretação, entre realidade e ideologia, entre a aparência e a essência dos fenômenos, as dimensões sincrônicas e diacrônicas dos fatos sociais, a relação entre passado e presente e representação e conceito.

Ao se entender que a realidade existe em si mesma, isto é, antecedente, enquanto fenômeno concreto, a uma interpretação ou explicação sobre si, a tarefa do pesquisador é a de sua reconstrução no plano do pensamento. Não uma reconstrução aleatória e indiscriminada, mas como resultante de um processo lógico e racional, apoiada em princípios e quadros teóricos que dêem coerência e sustentabilidade às suas interpretações.

Com a afirmação acima, não se quer dizer que existe unicamente uma interpretação dos fatos e fenômenos sociais, mas patamares e caminhos interpretativos que os aproximam mais ou menos da realidade.

Na intenção de atingir os objetivos propostos, o método que pareceu mais apropriado e, portanto, adotado, foi de inspiração dialética marxista. Este indica que fatos, fenômenos e realidades devem ser analisados como totalidades parciais inscritas em totalidades mais amplas, com inúmeras mediações articuladas entre si e que interagem continuamente, em movimentos assimétricos e com densidades históricas que condensam mudanças diacrônicas e sincrônicas.

Nessa abordagem, desde sua explicitação até a sua reconstrução enquanto um concreto pensado, o objeto de estudo é apreendido em totalidades empíricas cada vez mais abrangentes, resgatando-se seu momento histórico na dinâmica das relações sociais e das condições conjunturais que expressam sua situação atual. Ao mesmo tempo, considerando que o conhecimento é sempre uma interlocução com o conhecimento já produzido, importa colocar

o questionamento empírico, a dúvida, em confronto com o que já foi escrito sobre o objeto estudado. Tal exige, além das definições de suas relações, a interposição das categorias teóricas que também o definem e circunscrevem, as categorias teóricas explicativas que lhe dizem respeito, que subsidiam a definição e a construção do problema e sua conseqüente reconstrução. Como afirma Kosik (1976, p. 29):

o ponto de partida do exame deve ser formalmente idêntico ao resultado. Este ponto de partida deve manter a identidade durante todo o curso do raciocínio visto que ele constitui a única garantia de que o pensamento não se perderá no seu caminho. Mas o sentido do exame está no fato de que no seu movimento em espiral ele chega a um resultado que não era conhecido no ponto de partida e que, portanto, dada a identidade formal do ponto de partida e do resultado, o pensamento, ao concluir seu movimento, chega a algo diverso - pelo seu conteúdo - daquilo de que tinha partido.

Assim, o caminho metodológico que transita entre a expressão fenomênica da realidade imediata ao nível da representação e da sua apreensão no plano do pensamento permite a sua reconstrução com a multiplicidade das determinações e das relações presentes nos fatos analisados.

Considerando-se que a formação de consensos e hegemonias expressa determinadas visões e projetos de sociedade, com conteúdos éticos e políticos precisos, os quais são adotados e transformados em ações programáticas que evidenciam, objetivamente, as alterações ocorridas, importou reconhecer quais foram esses conteúdos nos documentos analisados.

No Brasil, a agenda indicada como necessária para as atuais políticas de saúde, no discurso governamental⁹⁵ e dos grupos empresariais ligados ao setor está relacionada à crise do Estado e à necessidade de sua superação. Este discurso é aparentemente hegemônico⁹⁶. Os sujeitos políticos, ligados aos interesses populares, que tradicionalmente operam o controle social, não vêm conseguindo barrar o consenso que vem sendo edificado, não rompendo com

⁹⁵ Discurso aqui é entendido como supondo, um tom de voz, uma circunstancia e uma intenção especial, no sentido atribuído por Puerta (1996). “Tono, circunstancia e intención de los discursos están circunscritos a rituales, actos especiales, mítines, marcos institucionales, situaciones extraordinárias o memorables. Además, se sobreende que quien habla reúne una serie de condiciones, dignidades, cargo, competencias, también especiales para decir esas palabras que conforman el discurso” (1996, p. 20).

⁹⁶ Lembrar da “complexa alternância entre as particularidades das pessoas e dos grupos de pressão e as forças sociais em evidência. Em outras palavras, lutando por mudanças mais justas na área da saúde, ou deixando simplesmente que ocorram por acomodação, elas sofrem ajustamentos que acomodam tanto aspectos locais quanto aspectos macro-sociais. Se uma corrente de pensamento é hegemônica, fará com que sua ideologia se inscreva no organismo social, impondo-lhe uma forma de aparecer” (LEOPARDI, 2000, p. 3).

uma racionalidade econômica e nem incluindo outras categorias que possam, teoricamente, explicar, de modo mais abrangente, estas alterações na agenda pública.

3.1 Indicações teóricas sobre os procedimentos de investigação

Ao eleger os procedimentos mais adequados para o trato do material empírico tinha-se clareza que o discurso⁹⁷, mais especificamente a produção textual derivada dos sujeitos políticos, não poderia ser tomado apenas em sua superfície imanente, mas conter as exterioridades que permitiriam aos destinatários/leitores – indivíduos ou grupos e segmentos sociais diversos - formar juízos e opiniões e aderir ou não às novas propostas, estabelecendo as bases consensuais de uma aliança que poderia se tornar hegemônica. A abordagem do material teria que dar conta, assim, não somente da leitura de cada documento em si, a partir da intencionalidade do autor ou do sujeito político, mas apreender os conteúdos que esse pretendeu imprimir à sua mensagem com a finalidade de obter a adesão a sua proposta. A partir daí, poder-se-ia resgatar a concepção de direito e direito à saúde contida nas diversas formações discursivas analisadas, o que viabilizaria as análises decorrentes e o alcance dos objetivos previstos. Destarte, os textos teriam que ser lidos como uma relação onde os dois pólos estariam, em um certo momento, unidos pela teia de uma compreensão recíproca.

Um outro complicador adicional decorreu da constatação de que as produções a serem consultadas advinham de fontes com propostas e projetos diversos, muitas vezes antagônicos, paradoxais e não compatíveis entre si, sendo necessário evidenciar os conteúdos, nos textos, que sinalizassem para tais diferenças. Eram textos estritamente ideologizados, tendo como objetivo explícito a divulgação de idéias e concepções de mundo e de sociedade.

As constatações acima representaram o eixo a partir do qual decorreu uma série de indagações. Como abordar os documentos produzidos superando a linearidade dos mesmos? Como superar a linearidade sem incorrer na linha interpretativa mais pertinente à lingüística? Quais as ferramentas heurísticas que poderiam evidenciar os mecanismos de produção de sentido em textos originários de fontes tão díspares? Como articular a dimensão ideológica e política sem cair nas armadilhas discursivas? Como ressaltar a cooperação necessária entre autor, ou seja, a instituição competente para enunciar, e o leitor, ou sujeito político, que deve

⁹⁷ Discurso, doravante, é considerado o efeito de sentido que é construído no processo de interlocução. A teoria do discurso trata da determinação histórica do processo de significação. No sentido operacional da análise de conteúdo ou discurso, significa uma unidade de *corpus* que tem representatividade.

ser convencido de uma idéia, de um projeto, sem se perder na dimensão unicamente textual? Sem se perder nas artimanhas da análise de discurso em sua vertente mais tradicional? Como integrar a questão ideológica, as matrizes discursivas diversas em uma totalidade dinâmica? Como integrar as atuais descobertas da semiótica, que dizem respeito essencialmente à cooperação textual, e a produção de sentido nos discursos, sem chegar a uma interpretação, ou superinterpretação, mais própria dessa concepção analítica?

O primeiro ímpeto foi adotar a análise de conteúdo, tanto pela familiaridade com a mesma, como por ser uma técnica bastante difundida nas ciências sociais. Rapidamente percebeu-se, contudo, que como técnica de abordagem documental subtraía o que era essencial para reconstrução do objeto da pesquisa – a produção de significado⁹⁸ e a necessária reciprocidade no interior do circuito da comunicação. Entendeu-se, ainda, que teria que sistematizar os documentos sob duas óticas: a primeira, a do próprio autor - leitor, destinatário, sem esquecer a relação entre as matrizes discursivas e, a segunda, o olhar inquiridor do pesquisador, para identificar as categorias empíricas a serem analisadas.

As respostas foram sendo obtidas e as dúvidas resolvidas na medida em que se aprofundava nas sendas e veredas da análise de conteúdo, análise de discurso, até chegar ao esquema de cooperação textual de Umberto Eco (1986). Foi possível resgatar e utilizar o que cada uma dessas abordagens possuía de útil para a pretensão analítica, ainda que correndo o risco de uma infidelidade quanto aos procedimentos relacionados ao trato do material obtido.

Refazer essa caminhada favoreceu o desiderato proposto e, no sentido de esclarecer os procedimentos adotados, uma breve retomada desta trilha deve ser empreendida. Os primeiros passos foram os de distinguir o que era fundamental para a construção das categorias empíricas a serem analisadas, a devida relação entre consciência⁹⁹, linguagem e comunicação na produção textual.

O resgate inicial foi o do próprio termo discurso, que vem sendo utilizado tanto no senso comum como categoria teórica e, no mais das vezes, com conotações e registros diferenciados, imprecisos e antagônicos. Em face de tal situação, pareceu ser importante

⁹⁸ Significado como o que as coisas querem dizer, no sentido de articulação signo e fonema, realidade e discurso.

⁹⁹ Consciência “como o lugar privilegiado de descarga de todos os desdobramentos e manobras do pensamento. [...] Graças à consciência o ser humano pode reconhecer o essencial das coisas” (NAFARRATE, 2000, p.12). Não se trata aqui de discutir o processo de formação de juízos e valores, ou a primazia do individual ou do coletivo na construção da consciência social, mas apenas marcar a relação da consciência com o processo de comunicação e a linguagem. O entendimento de consciência, nesse trabalho, é que ela é um produto social, não

marcar o conceito de discurso, a sua construção enquanto categoria analítica e a sua apreensão pela sociologia contemporânea. A concepção de discurso, em si, vem sofrendo alterações e sendo resignificada a partir de sua apropriação por diversas disciplinas científicas, e no interior das mesmas. Metamorfoses que alteram seu conteúdo, significado e registro.

Não se questiona, atualmente, a relevância da linguagem e dos discursos como liames entre a consciência e a comunicação para se interpretar os fatos sociais, carregados que são de intencionalidades e significados. Importa marcar que não se confunde a importância da consciência enquanto fundamento dos processos cognitivos e a comunicação como processo de atribuição de sentido com a linguagem e o discurso. “Os seres humanos estão acoplados estruturalmente à comunicação por meio de suas consciências, e é mediante esse mecanismo de acoplamento que os indivíduos põem em movimento o processo de auto desenvolvimento da comunicação. [...] A linguagem apenas serve para promover a generalização simbólica do sentido, que a precede” (NAFARRATE, 2000, p.149). A construção desse consenso se deu com o avanço das sociologias interpretativas, o que aumentou a importância da consideração do discurso e da linguagem no marco das ciências sociais, à medida que

era inevitable que una ciencia que se planteara superar el esquema positivista de la explicación de la sociedad, mediante la ‘Comprensión’ (Verstehen) de la acción humana, tenía que relieves el abordage del problema de los significados y las representaciones y, por esa via, replantearse el problema del lenguaje en la vida social (PUERTA, 1996, p. 8).

Fazer um discurso, na linguagem comum contém algumas referências que apontam um sentido específico ao conteúdo da afirmação. Supõe um tom de voz, uma circunstância especial e uma intenção também definida. Quem faz um discurso reúne uma série de condições que o habilitam para tanto, como cargo, competência, dignidade, além do mesmo situar-se em condições demarcadas, como atos especiais, marcos institucionais ou situações extraordinárias ou memoráveis.

Na abordagem lingüística tradicional, o discurso seria a unidade de análise com a qual se recorta uma locução determinada mais ampla que a frase, sendo o discurso similar a um conjunto de frases ou a uma frase expandida. Essa concepção foi revista a partir do reconhecimento de que a linguagem não deriva de categorias lógicas, mas, sim, de que suas regras são convencionais. Tal perspectiva altera, de forma radical, o entendimento da

se concebendo um homem abstrato, descolado das condições reais da existência. Constitui-se como um produto das relações sociais, sendo a comunicação o vetor que permite a interação entre as pessoas.

linguagem como uma realidade autônoma e contendo uma racionalidade lógica intrínseca. O discurso passa a ser entendido como a capacidade de produzir um efeito, uma significação, e o texto, como uma de suas possíveis manifestações.

Puerta (1996), ao resgatar a noção de discurso em Michel Foucault¹⁰⁰, indica que é um termo que se repõe, com matizes importantes e distintos, no conjunto de sua obra¹⁰¹. O mesmo autor relata que, inicialmente, Foucault fala do discurso como uma organização do saber, um conjunto de regras que estabelece o que se pode dizer em um período e contexto determinados. Revela que as culturas não mostram, explicitamente, o conjunto de códigos fundamentais que regulam sua linguagem, os esquemas perceptivos e classificatórios, os valores e nem as produções teóricas ou filosóficas de uma época.

Discute, posteriormente, o que denomina função enunciativa, que seria o elemento mais simples do discurso. Para Guirado (1995) e Puerta (1996), essa função estabeleceria os liames entre um campo referencial, as formas de subjetividade, as estratégias e os campos discursivos associados, que implicariam em uma materialidade do discurso. Essa materialidade possibilitaria agrupar sistemas discursivos regidos por certas regras, além das que são evidentes. Reconhecem que os discursos são práticas que constroem objetos, além de relacionar instituições sociais, econômicas e políticas determinadas (PUERTA, 1996, GUIRADO, 1995).

Finalmente, Foucault constrói uma pragmática¹⁰² do discurso abrangendo as ordens de controle e contendo os procedimentos internos e externos (subjetividade e instituições), sempre interligados entre si, que fiscalizam e direcionam o discurso, considerado objeto de desejo e luta de poderes. Assim, distingue os discursos que contém os procedimentos de exclusão (a proibição, a recusa/separação e a falsidade), as ordens internas (o comentário, o autor e as disciplinas¹⁰³) e as regras que condicionam a utilização ou autorização dos

¹⁰⁰ Michel Foucault trata do discurso, notadamente em três livros: *A palavra e as coisas* (1995), *Arqueologia do Saber* (1972) e em *A Ordem do discurso* (2001).

¹⁰¹ Foucault estuda o saber a partir da perspectiva estruturalista, opondo-se à toda forma de historicismo e abordando-o desde uma arqueologia. “Formula el concepto de episteme, que en él sustituye al concepto de estructura, para desvelar las distintas formas de manifestarse el saber en el conjunto de relaciones que se dan en una época determinada entre las ciencias”(RIU, MORATÓ, 1996).

¹⁰² Pragmática como um conjunto de regras e normas que fundam um discurso, sendo na semiologia um ramo de estudo que aborda a relação entre o signo e o seu usuário.

¹⁰³ Comentário “é entendido como uma espécie de nivelamento ou achatamento do discurso, por sua repetição ou reaparição nas conversas cotidianas” (GUIRADO, 1995), enquanto que a autoria não é o indivíduo que fala ou escreve, e sim, é o agrupamento do discurso como uma unidade, isto é, a organização de suas significações e o foco de sua coerência. A disciplina refere-se a instância de controle do discurso, definidora do que se pode ou não se pode emitir significados.

indivíduos para usar os discursos (os discursos rituais, os doutrinários, as sociedades de discurso e a educação).

O conjunto de elementos que compõem a pragmática do discurso possibilita a construção de formações discursivas, “o que pode e deve ser dito (articulado sob a forma de uma alocução, um sermão, um panfleto, uma exposição, um programa, etc.) a partir de uma posição dada em uma conjuntura determinada” (MAINGUENEAU, 1997, p. 22).

Os procedimentos de utilização ao limitar e ordenar o que se fala e quem fala,

são condições de enredamento dos indivíduos que falam: ninguém entrará na ordem de um discurso se não estiver qualificado a fazê-lo; nem todas as regiões discursivas são igualmente abertas e penetráveis. Trata-se de impor aos indivíduos um certo número de regras e não permitir desta forma o acesso do resto do mundo a essa fala (GUIRADO, 1995, p. 39).

Marilena Chauí designa esse tipo de controle ou regulação como o que produz o que denomina de *discurso competente*, sendo este o discurso instituído e, portanto, aceito que seja dito por especialistas autorizados pela sociedade para emití-lo. É o discurso que perdeu o seu potencial instituinte de uma nova ordem social, que foi incorporado e que não mais ameaça valores e padrões culturais (CHAUÍ, 1981). A autora aponta, corretamente, que

o discurso competente é aquele que pode ser proferido, ouvido e aceito como verdadeiro ou autorizado (esses termos agora se equivalem) porque perdeu os laços com o lugar e o tempo de sua origem. [...] O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem institucionalmente permitida ou autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e de ouvir, no qual as circunstâncias já foram predeterminadas para que seja permitido falar e ouvir, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência (CHAUÍ, 1981, p.7).

As considerações de Foucault sobre formações discursivas e a pragmática do discurso incluem aspectos importantes e que foram resgatados em função do objeto de estudo proposto.

Foi necessário, ainda, aprofundar o conhecimento sobre a comunicação, visto que os documentos analisados diziam respeito a esse processo. Ou seja, no decorrer do processo comunicativo referente à questão da política de saúde, quais os conteúdos eram veiculados, entre os diversos sujeitos políticos, que sinalizavam para as alterações que poderiam construir uma nova agenda para o setor.

Para se apreender a relevância dessa afirmativa, é fator decisivo considerar a linguagem unicamente como um meio que torna possível a constituição de sistemas na esfera da consciência e da comunicação. Portanto, não é em si mesma, um sistema, mas tem a função de promover a generalização simbólica do sentido. Ou seja, ela não atribui o sentido, mas desdobra-se como uma técnica que veicula o sentido. A atribuição de sentido, portanto, requer a comunicação “definida como o processo social de atribuição de sentido” (NAFARRATE, 2000, p. 149). Evidente que considerar a comunicação nessa linha induz a uma supervalorização da mesma, desconsiderando a razão como o *locus* da formação dos juízos e representações.

Umberto Eco (1986) distingue na comunicação não os tipo de signos, mas sim as várias modalidades de produção de signos, de acordo com o trabalho que se realiza, considerando como discurso todo e qualquer processo semiótico, lingüístico ou não. Tal compreensão de comunicação abre a perspectiva de se considerar discurso tudo o que pode significar ou comunicar algo, ou seja, praticamente qualquer fato social, técnico ou cultural - a performance. Considera, de forma antagônica a Foucault, que os discursos devem ser vistos como acontecimentos, e interpretados não unicamente em sua estrutura imanente, mas com as exterioridades que constroem a capacidade do olhar externo.

A preocupação de Eco, já na década de 1960, se voltava para a pragmática do texto, ou seja,

a atividade cooperativa que leva o destinatário a tirar do texto aquilo que o texto não diz (mas que pressupõe, promete, implica e implícita), a preencher espaços vazios, a conectar o que existe naquele texto com a trama da intertextualidade da qual aquele texto se origina e para a qual acabará confluindo (ECO, 1986, p. X).

Entendendo o papel da linguagem e do discurso, foi importante, a seguir, identificar a ferramenta mais adequada para tratar o material empírico.

Um aspecto que permeou a reflexão, no momento da escolha metodológica, foi a questão da ideologia. Sem desconhecer a riqueza de produções teóricas sobre ideologia, a escolha recaiu na abordagem de Marilena Chauí, visto que discorre exclusivamente sobre o discurso ideológico, abordando sua função e construção (CHAUI, 1981).

A operação ideológica, segundo Chauí (1981), utiliza artimanhas discursivas para atingir seu objetivo. Esclarecendo sua posição, afirma que desde que os sujeitos sociais e políticos deixam de contar com um arsenal explicativo de saber e poder exteriores à sua

prática (religião, mitos, tabus), capaz de legitimar a existência de formas instituídas de dominação, os mesmos constroem representações que irão explicar sua visão de realidade, de poder, enfim, de mundo. É a passagem do discurso que, partindo do discurso social e do discurso político, se transforma em discurso *sobre* o social e *sobre* o político, assumindo um caráter impessoal e descolado da existência real. Afirma Chauí, que esse é o primeiro momento na elaboração ideológica. A função específica do discurso ideológico é fazer aparecer e desaparecer as contradições e antagonismos que permeiam uma sociedade de classes. Afirma que

é possível perceber qual o trabalho específico do discurso ideológico: realizar a lógica do poder fazendo com que as divisões e diferenças apareçam como simples diversidade das condições de vida de cada um, e a multiplicidade das instituições, longe de ser percebida como pluralidade conflituosa, apareça como um conjunto de esferas identificadas umas às outras, harmoniosa e funcionalmente entrelaçadas, condição para que um poder unitário se exerça sobre a totalidade do social e apareça, portanto, dotado da aura da universalidade, que não teria se fosse obrigado a admitir realmente a divisão efetiva da sociedade em classes (CHAUÍ, 1981, p.21).

É através do discurso que se difundem idéias, que se constroem consensos e dissensos. Destarte, os discursos somente podem ser estudados a partir de seu lugar de formação - uma determinada sociedade - visto que são constituídos por processos históricos e sociais, não podendo se deslocar de suas condições de produção. Assim,

[...] a linguagem enquanto discurso é interação, um modo de produção social; ela não é neutra, inocente (na medida em que está engajada numa intencionalidade) e nem natural, por isso o lugar privilegiado de manifestação da ideologia (BRANDÃO, s/d, p. 12).

Analisar o discurso, segundo Foucault (1995, p.187) é

fazer desaparecer e reaparecer as contradições, é mostrar o jogo que jogam entre si; é manifestar como pode exprimi-las, dar-lhes corpo, ou emprestar-lhes uma fugidia aparência.[...] Formação Discursiva é um espaço de dissensões múltiplas, com a marca da unidade e da diversidade, entre o coerente e o heterogêneo, da contradição presente nas formações sociais.

Tal significa reconhecer que o sentido do discurso não existe em si, mas é determinado pelas posições ideológicas em confronto, em um, também, determinado processo sócio-histórico em que as palavras são produzidas. Este é o lugar da interpretação.

Tendo em vista os objetivos propostos, foi necessário conhecer as condições de produção discursiva, que tem sido pensada como uma região ou espaço em termos de classes

sociais, identificando os interesses similares, os contraditórios e os não coincidentes. Maingueneau (1997) fala em prática discursiva, a qual alia o contexto da formação discursiva com os grupos - comunidades que elaboram o discurso. Destaca, assim, que não são os sujeitos individuais que formulam as práticas discursivas, mas, sim, os atores que tem competência institucional para tanto, estando sujeitos, porém, ao que é condicionado pela formação discursiva.

Reconhecendo as condições de produção dos discursos, aspecto que também foi resgatado para a constituição do *corpus*, sentia-se, ainda, uma precariedade em certos aspectos da análise de discurso, como dispositivo para análise textual, pois, embora incorporando o aspecto ideológico, permanecia em aberto a interação semântica entre os sujeitos políticos no processo de produção de hegemonia. A ênfase nos aspectos lingüísticos não dava conta de trazer à tona tanto os mecanismos de troca de sentidos presentes nos processos comunicativos, ou como descobrir a mecânica dos textos, entendida como os mecanismos usados para identificar as divergências e convergências de sentido, obnubilados pelo vetor da ideologia. Nesse sentido, o rigor conceitual de Chauí, novamente, foi fundamental, especialmente quando indica que o

discurso ideológico é aquele que pretende fazer coincidir as coisas, anular a diferença entre o pensar, o dizer e o ser, destarte, engendrar uma lógica da identificação que unifique pensamento, linguagem e realidade para, através dessa lógica, obter a identificação de todos os sujeitos sociais com uma imagem particular universalizada, isto é, com a imagem da classe dominante (1981, p. 3).

Sendo assim, o que daria segurança para construção das categorias empíricas seria o resgate de quais os pontos onde haveria uma *densidade de sentido* que permitisse sua apreensão e atualização pelos sujeitos destinatários.

Procurou-se, nos textos, tanto identificar as possíveis rupturas ou transformações ocorridas com o direito à saúde após a Constituição de 1988, como os significados que possibilitariam a construção de uma nova concepção e novos valores em relação ao direito à saúde. Importava reconhecer nos discursos como as propostas eram apresentadas de forma que pudessem cativar o leitor para aderir às mesmas.

Nesse ponto, é interessante estabelecer uma articulação entre o pensamento sobre o discurso ideológico, de Chauí e o lugar da interpretação textual em Umberto Eco. Para a primeira, o discurso ideológico é um discurso feito de espaços em branco, um discurso lacunar. Assim,

a coerência desse discurso (o fato que se mantenha como uma lógica coerente e que exerça um poder sobre os sujeitos sociais e políticos) não é uma coerência nem um poder obtido *malgrado* as lacunas, *malgrado* os espaços em branco, *malgrado* o que fica oculto: ao contrário, é *graças aos espaços em branco, graças às lacunas* entre suas partes, que esse discurso se apresenta como coerente (CHAUÍ, 1981, p.21-22).

Se para Chauí, o discurso ideológico é aparentemente e intencionalmente linear, e que sua sustentação decorre de sua ambigüidade, para Eco todo texto pode ter significados distintos, a depender da leitura que dele se faz, ou seja,

poder-se-ia dizer que um texto, depois de separado de seu autor (assim como da intenção do autor) e das circunstâncias concretas de sua criação (e, conseqüentemente, de seu referente intencionado), flutua (por assim dizer) no vácuo de um leque interminável de interpretações possíveis (ECO, 1993, p. 35).

Por essa razão, para Chauí, destruir um discurso ideológico exige uma atitude teórica realmente dialética, encontrando uma via pela qual a sua própria contradição seja explicitada,

um discurso que seja capaz de tomar o discurso ideológico e não contrapor a ele um que seria verdadeiro por ser completo ou pleno, mas que tomasse o discurso ideológico e o fizesse desdobrar todas as suas contradições, é uma discurso que se elabora no interior do próprio discurso ideológico como o seu contradiscurso (CHAUÍ, 1981, p. 22).

Para Eco, a análise do texto, para ser apreendida exige o conhecimento dos mecanismos que permitem sua produção, unindo, em um mesmo movimento, o autor e o leitor modelos. O autor e o leitor modelos são construções abstratas que interagem na produção de sentido de um texto. O autor modelo utiliza estratégias que permitam ao leitor (modelo) a decodificação do texto. Umberto Eco lembra que para decodificar ou atribuir sentido a um texto é necessário ter, “além da competência lingüística, uma competência variadamente circunstancial, uma capacidade passível de desencadear pressuposições, de reprimir idiossincrasias etc.” (ECO, 1986, p.38). O autor prevê essas competências em um leitor imaginário ou modelo.

Tratando de discursos eminentemente ideológicos, que pretendem transmitir uma visão de saúde e estabelecer um novo consenso, as articulações teóricas acima indicadas favoreceram a construção dos dispositivos de abordagem dos textos. Dessa forma, parte do esquema analítico de Umberto Eco que conduz ao modelo por ele denominado de mecânica cooperativa de texto ou de cooperação textual foi a ferramenta heurística para completar os procedimentos de abordagem aos documentos.

A partir de suas reflexões sobre a questão da interpretação, tanto de textos como de outros artefatos culturais, Eco chega à conclusão que o texto é uma *máquina preguiçosa* que o destinatário deve colocar em movimento, isto é, que deve ser *atualizado* a partir de referências acionadas para sua interpretação. Indica, de forma inequívoca, que o texto é permeado por espaços em branco, deixados propositadamente por quem o escreveu por dois motivos: primeiro, porque o texto tem uma economia que vive da valorização de sentido que o autor introduziu e, segundo, para dar uma certa margem de liberdade interpretativa ao destinatário. Em síntese, os conteúdos e os significados de um texto somente podem ser interpretados a partir da apreensão da sua dinamicidade, articulada tanto pelo emitente como pelo leitor. No texto está o “não-dito”, o que não está manifestado como expressão ou está de forma sub-reptícia, e aí reside a necessidade de envolvimento cooperativos e conscientes do leitor para construir o significado, o que é feito pelos mecanismos de atualização do texto.

Não existe, necessariamente, uma construção de idéias ou papéis em um texto, visto que quem escreve apresenta no que está escrito uma intenção de alguma coisa já construída socialmente, restando ao leitor ou leitora aceitar e assumir as idéias ali veiculadas e produzir ou não uma ação de aceitação ou negação ao que foi produzido (SILVA, 2000, p. 39).

Tal supõe, por outro lado, que o autor ou emitente, institua ao leitor uma competência para a interpretação, a partir de valores, regras, contexto social e cultural, enfim, alguns parâmetros reconhecidos pelos dois. O emitente utiliza algumas estratégias para instituir a competência do leitor, como apresenta Umberto Eco, em *Lector in fabula* (1986).

O texto deve ser visto como um conjunto de nós ou juntas. Cada uma delas significando um nível de exigência interpretativa, contendo intenções e hipóteses de significados que estimulam a cooperação do leitor. Não se tratam de níveis estruturais, “variadamente concebidos como estádios ideais de um processo de geração ou interpretação” (ECO, 1986, p. 51), pelo contrário, podem ser vistos como *pistas* que o autor insinua ao leitor para favorecer a interpretação.

Resumindo a proposição analítica de Umberto Eco pode se chegar ao seguinte: há uma expressão, ou manifestação linear do texto, ou superfície do texto, que é apreendida através dos códigos (significados que permitem entender o que o texto manifesta na sua superfície, denominados de dicionário de base, seleções contextuais – relações com outros textos e hipercodificação ideológica) e das circunstâncias de enunciação (informações produzidas por quem, em que época e contexto social e suposições sobre a natureza do ato lingüístico). A

partir daí, é exigida a competência do leitor para atualizar o texto, isto é, fazer a sua interpretação da superfície discursiva. Eco coloca sete estratégias que são reconhecidas no texto para sua atualização (1979, p. 57-67). Menciona que o processo de atualização textual é dinâmico, articulado entre si e prevendo estruturas discursivas, narrativas, actanciais e ideológicas, articuladas com extensões parentizadas, previsões e percursos inferenciais e estruturas de mundo. Uma análise semiótica profunda implica em abordar todos os níveis indicados.

Como o propósito do presente trabalho foi centrado na apreensão dos conteúdos e do fazer comunicacional que viabilizaram a construção das agendas políticas, interessou, da proposta de Umberto Eco, o primeiro nível de atualização. As estruturas discursivas envolvem uma explicitação semântica, significando que daquilo que o texto tem implícito ou explícito, o leitor atualiza o que o curso seqüente do texto lhe requeira. “Em outras palavras, daquilo que permanece semanticamente incluso ou implícito, o leitor só explicita o que lhe serve” (ECO, 1986, p.69).

Entretanto, para decidir o que serve ou não, o leitor ou destinatário o faz à luz de uma hipótese que é direcionada pelos temas, ou como prefere nomear Eco – *topic*¹⁰⁴. O *topic*/tema é um fenômeno pragmático, uma hipótese que conduz a um nível de coerência interpretativa, as isotopias¹⁰⁵ – um fenômeno semântico. É nesse ponto que se mostrou a utilidade do esquema de Eco para o presente trabalho: a possibilidade de selecionar os temas/*topic* e as isotopias que existem nos discursos/textos analisados e especialmente os limites da interpretação que são direcionados pelos dois mecanismos citados, pela possibilidade de interpretar a partir dos discursos em si e não uma interpretação direcionada, *a priori*, pela hipótese inicial, resguardada unicamente a situação contextual ou condições de encenação.

Importa esclarecer que o uso do esquema de cooperação textual de Umberto Eco contribuiu unicamente para identificar os temas que permitiram a interpretação analítica e a validação dos procedimentos de trato dos dados empíricos. Funcionou como uma espécie de limite, de fronteira a marcar o espaço da possibilidade da interpretação. Por outro lado, ao

¹⁰⁴ *Topic*, ou tema, é um instrumento metatextual, sendo usado de forma similar às palavras-chave, servindo também para fixar os limites de um texto. Tem um sentido pragmático de orientar o leitor no sentido de identificar as isotopias como propriedades semânticas de um texto (ECO, 1986).

¹⁰⁵ Isotopia é um fenômeno semântico, sendo definida por Greimas (apud ECO, 1986, p. 74), “como um conjunto de categorias semânticas redundantes que possibilitam a leitura uniforme de uma história”. Para Eco é um termo guarda-chuva, mas mantendo, sob a diversidade abrigada, uma relativa unidade (ECO, 1986).

possibilitar identificar a constância da coerência argumentativa, no interior das formações discursivas, serviu como parâmetro de validação da abordagem dos dados.

Sintetizando o caminho da construção dos dispositivos utilizados para abordagem do material empírico ressalta-se em que consistiu a contribuição das diversas perspectivas interpretativas, indicando e esclarecendo as possíveis infidelidades.

A retomada de algumas categorias utilizadas por Foucault, como a materialidade discursiva e formações discursivas, foram centrais para o entendimento do discurso como uma prática social. Quanto à concepção de formação discursiva, esta favoreceu a aglutinação dos textos, de acordo com o contexto da enunciação, viabilizando a construção do *corpus*. Foram fundamentais, ainda, as indicações relativas aos aspectos ideológicos e ao quadro das instituições em que o discurso é produzido, os quais conformam e delimitam a enunciação, além da relevância atribuída aos embates históricos e sociais presentes nas teias discursivas e interdiscursivas.

A indicação precisa da recusa em aceitar a descrição do texto como sua interpretação, fundada em hermenêuticas mais tradicionais, ou mesmo em algumas tendências de cortes fenomenológicos, foi o alerta seguro que permitiu evitar tal armadilha. A representação não é a interpretação, como facilmente se verifica em produções que têm utilizado a análise de discurso como instrumento heurístico.

3.2 Procedimentos de investigação

No processo de produção do conhecimento identifica-se uma interconexão derivada do objeto e objetivos do estudo que condicionam os passos a serem dados e as escolhas realizadas. Pode-se afirmar, assim, que o objeto e os objetivos impõem os quadros de referência teórica e o desenho da investigação empírica.

Partindo do objeto de estudo e dos objetivos a ele referidos, o primeiro item a ser definido foi a escolha dos sujeitos políticos, ou seja, os representantes institucionais que conformariam as matrizes discursivas de onde seriam colhidos os dados para análise. A opção pelas instituições foi determinada pelo papel que as mesmas vêm desempenhando no cenário

nacional, enquanto atores políticos¹⁰⁶ significativos e formadores de opinião, com interesses diferenciados e abrangência em todo o território brasileiro.

A escolha recaiu, assim, sobre o Ministério da Saúde - MS, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE, a Pastoral da Saúde e a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – Central Única dos Trabalhadores – CNTSS/CUT.

O Ministério da Saúde foi a primeira opção pelo fato de sua responsabilidade constitucional na política pública de saúde no país, tendo uma ação destacada na formulação das diretrizes nacionais e na construção de um ideário sanitário. Igualmente, por representar os interesses governamentais e do grupo hegemônico no poder estatal. Não se deixou de reconhecer a diversidade de postura ético-política dos integrantes do primeiro e segundo escalão do Ministério, considerando, no entanto, que a voz e as decisões ministeriais que se tornam públicas têm a chancela do Ministro e, em princípio, o apoio da Presidência da República. Afirmou-se como posição do Ministério, o item das Mensagens Presidenciais que se referem à saúde, visto que são elaboradas pela assessoria do Ministro da Saúde.

No plano governamental, outro ator político em evidência é o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. Entretanto a opção de não utilizá-lo como um dos emissores discursivos decorreu de dois fatos. Primeiro a heterogeneidade de posições que o mesmo revela, não se tendo muita clareza, até o momento, de quanto contribui para a definição das agendas políticas nacionais. O segundo fato é a influência política dos secretários municipais de saúde ser adstrita ao plano municipal, não tendo os estudos demonstrados como se conforma a articulação regional ou Estadual a partir destes sujeitos políticos.

A ABRAMGE, relacionada aos interesses privatistas, embora não seja a única instituição a representar esse grupo, foi escolhida pelo fato de ter um papel relevante enquanto formadora de opinião e pela sua história de participação nos embates entre os interesses privados e os públicos, confrontando-se, desde o início, com as propostas do movimento sanitário.

¹⁰⁶ Compreende-se sujeitos ou atores políticos “como indivíduos ou grupos que ocupam posição estratégica no sistema de decisões e que respondem, no processo de formulação das políticas, pelas funções de articulação do campo cognitivo e do campo de poder” (CASTRO, 1992, p.21).

Foi fundada em São Paulo, aos 8 de agosto de 1966, coincidentemente o ano da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, no Instituto Nacional de Previdência Social. A iniciativa de sua fundação partiu de representantes de onze grupos médicos, constituídos em empresas de medicina de grupo que foram as pioneiras no setor. A finalidade estabelecida foi “a de propagação do sistema de prestação de serviços médicos, com eficiência e qualidade, administrada com ‘métodos industriais’” e os objetivos de “unir, organizar, regular, disciplinar, defender e representar as empresas privadas que já estavam atuando, e as que viessem a se organizar, na atividade de prestação de serviços de atenção à saúde” (ABRAMGE, 2001). À época, os IAPs, que eram subordinados ao Ministério do Trabalho, prestavam assistência médica aos seus filiados e familiares, com recursos próprios, através de hospitais e médicos e estabeleciam convênios com as empresas privadas de saúde ou, como eram denominados, empresas de medicina de grupo.

Enquanto ator político a ABRAMGE mantém uma homogeneidade densa, pois os interesses ali acolhidos têm um único objetivo que é o de expandir a medicina privada e manter a saúde como um bem mercantilizado. Difere de outras instituições congêneres ao se situar com um perfil moderno, utilizando tecnologia médico hospitalar de ponta e tratar a formação de opinião com um alto grau de profissionalismo. Mantém um elo constante com seus integrantes por meio de uma revista mensal e um *site* na *internet*.

A Pastoral da Saúde, ainda que não tenha uma visibilidade para o grande público, vem desempenhando uma ação destacada nos municípios brasileiros, em atividades de promoção da saúde e organização e capacitação popular para o desempenho das funções de conselheiros municipais de saúde. A vinculação com a Igreja Católica potencializa seu papel de formadora de opinião pública dado o grau de religiosidade da população brasileira. Deve-se alertar que não se observa, na ação da Pastoral da Saúde, uma homogeneidade nacional, sendo que em algumas regiões do país se dedica à atividades mais ligadas a consolação espiritual das pessoas adoentadas. Sua influência e participação no debate nacional de temas relacionados com a saúde, associada à repercussão das suas posições ético-políticas, ainda que seja de um grupo minoritário na instituição, indicaram sua importância para o estudo.

A Pastoral da Saúde, com a configuração atual, ou seja, organizada nacionalmente e com uma coordenação, também nacional, é relativamente recente. Originariamente, a Pastoral tinha como competência o conforto religioso aos doentes. Em meados da década de 1980, foi encaminhada uma moção por um grupo de religiosos reunidos na Conferência dos Religiosos do Brasil à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, no sentido de estruturação nacional da

Pastoral e da abertura de mais uma frente de trabalho, que seria o da Saúde Comunitária, Preventiva e Promocional. Na mesma década, a Conferência Nacional dos Bispos convocou os representantes regionais das Pastorais da Saúde e autorizou a expansão das atividades para o trabalho comunitário, de cunho mais educativo e promocional¹⁰⁷. Uma alternativa à Pastoral da Saúde, poderia ter sido a Pastoral da Criança, tendo em vista sua representatividade junto ao Conselho Nacional de Saúde, mas foi preterida em razão de sua vinculação muito estreita com aspectos ligados à infância e não uma posição ideológica e política como se verifica em grandes setores da Pastoral da Saúde.

A CNTSS/CUT foi uma opção por representar o segmento dos trabalhadores em saúde e estar filiada a uma Central Sindical que difunde um ideário explícito sobre a política nacional de saúde. A sua participação destacada nos eventos nacionais e regionais relativos à saúde e o fato de traduzir a posição da CUT, foram os determinantes dessa escolha. Cabe lembrar que, embora, aparentemente, tenha uma posição relativamente homogênea quanto à concepção de direito à saúde, divergências internas são percebidas nos debates e Congressos Nacionais.

A Confederação foi criada em 30 de julho de 1995, em Belo Horizonte/MG, em decorrência do processo de transformação do Departamento Nacional dos Trabalhadores em Saúde, Previdência e Assistência Social em Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social.

A segunda decisão, relativa aos procedimentos de investigação, foi em relação aos documentos a serem coletados, ou seja, os critérios para escolha e definição dos mesmos e o período de sua divulgação.

O critério básico, utilizado para a seleção documental, foi o seu caráter público, isto é, somente foram objetos de análise os documentos de domínio público e de divulgação nacional, ainda que através das instituições. Assim como se verificou uma grande diversidade entre as instituições, os documentos selecionados também foram diversos, tanto em relação à sua natureza (jornais, revistas, panfletos, boletins, relatórios de Congressos, mensagens presidenciais e livros), como em relação à sua forma de divulgação (internet, congressos, livrarias e no interior das próprias instituições). Com relação ao *InformeSaúde*, publicação

¹⁰⁷ As informações sobre a estruturação da Pastoral da Saúde foram fornecidas pela Irmã Cacilda, que participou do início do movimento na Região Sul. Entrevista concedida em 17 de julho de 2002.

semanal do Ministério da Saúde, foi utilizada uma amostragem aleatória, escolhendo 12 exemplares de cada ano, ou seja, um de cada mês, para integrarem a amostra.

É conveniente marcar que os conteúdos de uma matriz discursiva se fazem presentes em documentos de complexidade variada, sejam os mais elaborados, com um alto grau de abstração teórica até aos mais elementares, como, por exemplo, o *InformeSaúde*. Por essa razão não houve uma preocupação em uniformização do material analisado, pelo contrário, a variação confirma e confirmou, no caso específico, a persistência da matriz discursiva.

Outros critérios adicionais foram estabelecidos. O primeiro, foi em relação aos conteúdos dos documentos, tendo sido privilegiados os que contivessem uma posição relativa às diretrizes políticas concernentes ao sistema nacional de saúde. Como a proposta foi a de verificar a conformação de uma nova agenda política, os programas foram abordados sob essa perspectiva e não nos aspectos de eficiência ou eficácia.

Um outro critério foi relacionado à autoria dos documentos, isto é, unicamente foram utilizados os que traduziam a fala institucional, enquanto uma matriz discursiva, formulada por autor ou autores específicos, integrantes ou não de seu quadro funcional. Considerou-se como integrantes das matrizes discursivas os discursos competentes, ou seja, aqueles produzidos por alguém com autoridade institucional para pronunciá-lo e divulgá-lo publicamente (CHAUI, 1981; MAINGUENEAU, 1997).

Quanto à demarcação temporal, a opção foi por resgatar as informações do período de 1998 a 2001, fundamentando-se no que segue.

1. Entendeu-se ser importante iniciar o estudo com os documentos de 1998 por duas razões. A primeira por ser um ano de eleições majoritárias, quando as posições são mais explicitadas no que se refere às grandes linhas políticas, em busca de adesão e apoio às políticas propostas pelos candidatos em disputa. O segundo motivo da escolha foi a indicação do então Deputado José Serra para dirigir o Ministério da Saúde. Essa opção pareceu assentar-se nos méritos da capacidade de articulação política de José Serra, em um momento de definição mais densa das diretrizes na área da saúde.

2. A ênfase acentuada no encaminhamento das determinações das agências multilaterais de fomento, financiamento e investimento, indicada com frequência entre os cientistas políticos e economistas. Nessa linha de raciocínio, de acordo com Rizzotto (2000), a influência do Banco Mundial no setor de saúde, no Brasil, acompanhou o seu discurso de combate à pobreza dos últimos anos e o incremento do mercado privado na área da saúde.

O documento *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90* do Banco Mundial, produzido em 1994 e traduzido para o português em 1995, favoreceu a retomada de iniciativas privatistas a partir dessa data, as quais se consolidam posteriormente, acentuando-se no segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso. No documento citado, conforme aponta Rizzotto (2000, p. 152):

foi dedicado um amplo espaço para a discussão dos planos e regimes privados de prestação de serviços de saúde no Brasil, com uma análise detalhada dos custos da assistência médica e dos possíveis lucros que se poderia auferir nesse setor. Na verdade, fornece subsídios para a iniciativa privada analisar as possibilidades de investimento e as vantagens da sua participação neste setor.

As sugestões do documento incidem, ainda, sobre a organização do sistema de saúde e a participação da comunidade, embora com conteúdos diametralmente opostos aos aprovados na Constituição de 1988.

Também foi considerada a publicação, em 1977, das indicações do Banco Mundial (1997) para o reordenamento do Estado, no sentido de superar a crise e renovar sua eficácia enquanto instância reguladora (BANCO MUNDIAL, 1977). Compreendem, essas indicações, o encaminhamento de ações que garantam um desenvolvimento sustentável e que resultem em redução da pobreza pelo retorno à governança e ao estímulo ao livre mercado, revitalizando, para tanto, sua capacidade institucional e eliminando os obstáculos às mudanças pretendidas. Tais medidas alcançam uma escalada maior em 1998.

3. A posição destacada, no âmbito político, do ex-ministro Bresser Pereira que, através do Ministério de Reforma do Estado e Administração, favoreceu uma ampla discussão nacional, por meio do financiamento de eventos, seminários e pesquisas sobre a reforma do Estado na ótica do Banco Mundial. Todo o seu empenho resulta na implementação acentuada das diretrizes normativas das agências multilaterais de fomento, financiamento e investimento a partir de 1998.

O segundo momento foi o da busca e da coleta dos documentos, sendo que, inicialmente, foram solicitados formalmente a cada uma das instituições, via *e-mail* e carta registrada, ambos com o mesmo conteúdo. As respostas foram diversas. Como se sabia de antemão o grande número de documentos do Ministério da Saúde, entrou-se em contato com a bibliotecária-chefe, para agendar uma visita e realizar a seleção *in loco*.

A busca junto ao Ministério da Saúde foi relativamente difícil, em face da impossibilidade de acesso à Biblioteca, devido à reforma do prédio e do processo de

informatização de sua base de dados. Sendo assim, alguns documentos essenciais foram cedidos pela bibliotecária-chefe e outros, pelas Secretarias de Políticas de Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Assistência à Saúde e Serviço de Divulgação e Imprensa do Ministério da Saúde. O impedimento mencionado obrigou a utilização de outras estratégias para reunir o material necessário. Recorreu-se às bibliotecas da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, da Universidade Federal de Santa Catarina, do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, aos arquivos do Conselho Estadual de Saúde, do Fórum Popular Estadual de Saúde de Santa Catarina e arquivos particulares de pessoas ligadas ao movimento sanitário e instituições públicas de saúde.

A ABRAMGE, em duas semanas, enviou a coleção de revistas nas quais constava o seu posicionamento e indicou o endereço eletrônico onde se encontrariam outros documentos também de interesse para o estudo. Foram realizadas duas visitas às sedes da ABRAMGE, uma no Rio Grande do Sul e outra em São Paulo, para verificar a possibilidade de outros documentos que porventura completassem as informações ou com conteúdos diferentes. Não se obteve acesso a outros, além dos já encaminhados e dos obtidos no *site* da instituição.

Com a Pastoral da Saúde, solicitou-se os documentos para o Coordenador Geral, Padre Edson da Silva, através de uma entrevista com o mesmo, realizada em 27 de abril de 2001. Informou que as sedes Regionais da Pastoral possuíam os relatórios de Encontros realizados e que a posição oficial da Pastoral da Saúde era divulgada pelos Padres Camilianos, em seu boletim mensal. Todos os documentos foram obtidos junto à Pastoral da Saúde - Regional Sul, em Florianópolis.

Em relação a CNTSS/CUT, os documentos foram recolhidos de três formas: uma com a ajuda de uma integrante da diretoria nacional, que forneceu os relatórios dos Encontros da CUT e parte do material divulgado pela CNTSS/CUT no período analisado. Grande parte do material encontra-se disponível no *site* que a instituição mantém, estando atualizado até o ano corrente. A disponibilidade do material favoreceu o levantamento dos dados. A outra, por meio de uma entrevista com um dos responsáveis pela instituição em São Paulo, em 09 de julho de 2001, que forneceu o restante do material que se encontrava arquivado e, ainda, no endereço *web*.

Os documentos coletados foram os seguintes: as mensagens do poder executivo ao Congresso Nacional, por ocasião do envio da proposta orçamentária; os programas nacionais divulgados pelo Ministério; os boletins e jornais das instituições acima indicadas; os

pronunciamentos e entrevistas dos representantes institucionais; relatórios de eventos realizados pelas instituições e divulgados *on line* ou na forma impressa.

Incluiu-se, devido à sua relação com o objeto de análise, a Carta da XI Conferência Nacional de Saúde, visto que expressa, de forma inequívoca, a posição da sociedade e de diversos sujeitos políticos ligados ao tema.

Foi incluído, não como item analítico, mas como ponto de referência a respeito dos temas analisados os encaminhamentos sugeridos por três documentos do Banco Mundial: *Relatório sobre o desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde* (1993), *Brazil: The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90s* (1994) e o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial, de 1997, denominado *O Estado num Mundo em Transformação*. Convém lembrar que o Banco Mundial, a partir de 1993 vem sendo considerado, na literatura específica, como a formadora da comunidade epistêmica ligada ao paradigma da economia da saúde.

Obtidos os documentos, a constituição do *corpus* se caracterizou no terceiro momento da abordagem empírica.

O primeiro passo foi o de uma leitura atenta do material coletado, buscando a exaustividade vertical, identificando os que se relacionavam com os objetivos do estudo e com a temática. Nessa aproximação inicial, não houve preocupação com a exaustividade horizontal nem com a completude ou exaustividade em relação ao objeto empírico, pois segundo Orlandi (1993), o discurso é inesgotável e se estabelece na relação com um discurso anterior, como os elos de uma cadeia infinita. Esse procedimento indicou os documentos que constituiriam o *corpus* a ser analisado. Posteriormente, o limite para a exaustividade horizontal ocorreu quando a qualidade da evidência empírica possibilitou a análise e os documentos começaram a repetir as mensagens.

A leitura serviu igualmente para uma aproximação inicial com o material e para ir organizando o conteúdo.

Para se recortar os conteúdos a serem analisados, devido à grande quantidade de informações obtidas, construiu-se uma matriz básica de referência com as diretrizes ético-políticas dos três modelos de Estado de Bem-Estar. Tal matriz de referência é perpassada pela relação Estado – Sociedade, contemplando as categorias que se colocam como essenciais para a reflexão, como a reforma do Estado, a concepção de direito e a participação da sociedade. Essa matriz serviu para resgatar os elementos e racionalidades que determinam e presidem a

discussão e o debate sobre o direito à saúde, observando os *topics*/temas e as isotopias próprias a cada formação discursiva e que, posteriormente, facilitaram a comparação com os textos legais e a posição dos sujeitos políticos escolhidos.

Os *topics*/temas e as isotopias contribuíram, sobretudo, para indicar a intenção dos autores nas possibilidades oferecidas de atualização textual, que permitiriam, por sua vez, obter a adesão do leitor.

Preocupou-se, também, com o *não dito*, ou seja, tomando como base, a matriz de referência, foi possível resgatar, o que, em cada prática discursiva, era suprimido e em detrimento de que lógica argumentativa. No discurso político e ideológico, o não dito torna-se, muitas vezes, mais significativo que as assertivas contidas no discurso, integrando, portanto a matriz discursiva.

O quadro que serviu de referência analítica foi construído a partir da aglutinação dos *topic* que permitiram a construção das isotopias. Serviram, ainda, os *topics*/temas para validar a pertinência da escolha do que foi analisado, visto que são uma indicação segura da coerência de abordagem. Esse recurso heurístico permitiu identificar as incongruências discursivas próprias do discurso ideológico, conforme apontado por Chauí (1981), e que foram de grande valia para apreensão do ideário de cada instituição.

Importa observar que, na análise de documentos programáticos, não se avaliou a sua pertinência operacional e nem sua validade para alterar as condições sanitárias, limitando-se aos objetivos propostos ao estudo.

Para a análise, utilizou-se a mesma matriz básica de referência, estabelecendo as inter-relações entre as três tipologias de *Welfare State* e o conteúdo das matrizes discursivas dos atores políticos pesquisados, assim como a Constituição de 1988 e as Leis 8080 e 8142.

O procedimento acima relatado viabilizou a tarefa analítica, buscando apreender a racionalidade incutida em cada uma das formações discursivas e os arranjos institucionais que apontaram para a alteração nos princípios e diretrizes no SUS, compondo uma nova agenda para os próximos anos.

Uma última observação, ao concluir o capítulo sobre os procedimentos de investigação. Enquanto um trabalho eminentemente acadêmico é conveniente uma apreciação no plano metodológico, no sentido de avaliar a pertinência e a oportunidade das escolhas realizadas no percurso do trabalho, ou seja, uma apreciação sobre o método de análise, sobre

os procedimentos de abordagem para construção das categorias teóricas, sobre as técnicas de tratamento do material empírico e sua compatibilização com os objetos e objetivos propostos.

O fato de trabalhar em dois registros temporais, a década de 1980 e 1990, estabelecendo um vetor comparativo entre um passado recente e um presente que impossibilita o distanciamento para ser aprendido, mas em contrapartida viabiliza o acompanhamento em tempo real das situações analisadas, introduz uma riqueza impar ao processo analítico. Não é uma riqueza isenta de perigos e possíveis equívocos pois as *paixões e os interesses* nem sempre são bons conselheiros no plano científico. O rigor metodológico deve moderar esses sentimentos, levando a uma análise objetiva da situação.

A opção em trabalhar com matrizes discursivas contornou uma questão que inicialmente parecia difícil de ser resolvida. Ou seja, a de analisar o direito à saúde conforme estabelecido em um determinado momento da história brasileira e retomá-lo em um outro momento, quando se identificam alterações, ainda que relativamente reduzidas, no “movimento orgânico e estrutural, de longa permanência, que caracteriza as ‘leis gerais’, as tendências de uma determinada formação econômica e social, constituindo a sua dinâmica” (RIZZOTTO, p. 30).

Abordar os discursos, situando-os dentro do quadro institucional em que foram produzidos, adensando-os com os elementos da análise textual e com o movimento de construção do texto para produzir um sentido e alterar os valores e as práticas, tornou possível estabelecer o parâmetro comparativo entre a década de 1980 e 1990. Essa estratégia metodológica permitiu marcar as diferenças, divergências e as racionalidades presentes em cada matriz discursiva e os caminhos lógicos que favorecem os consensos e a construção de uma nova hegemonia. Foi possível reconhecer os interesses, o papel desempenhado pelas comunidades epistêmicas e como os argumentos são manejados, provocando deslocamentos semânticos, percebidos unicamente quando enquadrados em uma lente mais ampla, em um quadro onde os nexos internos são visualizados.

A contribuição do método crítico, que impõe o movimento que vai do geral para o particular e resgata as particularidades do fenômeno sem descurar da relação com a totalidade onde se inscreve, foi extremamente oportuna para integrar o direito à saúde em seus distintos ângulos, ou seja, em suas diversas formas de expressão, reconhecidas nas dimensões institucionais, administrativas, financeiras, privadas e públicas.

Esse movimento, próprio do método, viabilizou tornar o direito à saúde o eixo condutor que perpassou todas as matrizes discursivas, compondo uma unidade na diversidade. Essa unidade em torno do direito à saúde tornou mais visível a distinção entre as matrizes analíticas, ressaltando e diferenciando as racionalidades de cada sujeito político.

Reconhe-se a tensão presente nesse trânsito que, se não encaminhada corretamente, resvalaria para o que se poderia nomear, metaforicamente, como uma *colcha de retalhos*, uma miríade de fenômenos sem que se percebesse o seu nexos interno. Em outros termos, entender os direitos sociais vinculados com as formas de produção e redistribuição adotada nas respostas às necessidades sociais, oferecidas pelas contratualidades históricas entre o Estado e a sociedade, foi o que permitiu, além do mais, analisar o direito à saúde não como uma *nómade*, ou então como um ideal a ser alcançado pelo desenvolvimento natural da sociedade.

O modelo da análise textual de Umberto Eco, unido a uma abordagem analítica dialética, foi extremamente útil para identificar os *topics*, que foram utilizados em dois movimentos paralelos e interconectados. Em uma primeira aproximação, permitiu construir o quadro das macro categorias referenciais, a partir das quais foram sendo identificados os *topics* que permitiram recuperar a intencionalidade e a racionalidade de cada matriz discursiva, ou seja, as isotopias viabilizadoras da produção de consensos e dissensos. Há que se concordar com Umberto Eco que o texto é uma *máquina preguiçosa* que exige um investimento do leitor para colocá-lo em movimento e uma intencionalidade no autor modelo, para oferecer as pistas necessárias à construção do sentido desejado. O recurso à cooperação textual possibilitou reconhecer, na análise, os investimentos semânticos que imprimem significados extremamente contraditórios ao direito à saúde e à sua forma de operacionalização, denotando valorações positivas e negativas nas matrizes discursivas.

Uma última nota referente à apresentação da análise é necessária. Com o objetivo de estabelecer a distinção entre as referências dos discursos analisados e as referências bibliográficas utilizadas, observa-se que, os primeiros estão grafados com fonte em estilo itálico e, os segundos, com o estilo normal. Também no sentido de diferenciar as fontes de informação, utilizou-se os códigos seguintes: PR – Presidência da República, MS – Ministério da Saúde, AB – Associação Brasileira de Medicina de Grupo/ABRAMGE, PS – Pastoral da Saúde e CNTSS/CUT – CN.

CAPITULO 4

4 O DIREITO À SAÚDE E A AGENDA POLÍTICA BRASILEIRA NO PERÍODO CONSTITUCIONAL DOS ANOS 1980

4.1 Atores e agendas políticas no período constitucional

Retomando aspectos históricos recentes a respeito das conquistas obtidas em relação aos direitos sociais e ao direito à saúde, percebe-se o amálgama entre os campos político-ideológico e o econômico, as distintas orientações e a articulação entre os grupos e segmentos de classe na formulação de agendas políticas e governamentais.

Precedendo a análise de uma política setorial que vai se conformar como um direito de cidadania, algumas pontuações de ordem teórica são necessárias, para não se cair no equívoco de perceber o processo de implementação dos mesmos como autonomizado em relação a outros processos de decisão e implementação de políticas públicas. Quando se analisa um determinado período, é necessário tê-lo como determinado e integrante de um processo mais amplo em termos temporais e factuais, que delimitam e condicionam os arranjos e as alternativas postas nas agendas dos sujeitos políticos, adotadas pelo governo.

Dentro de uma moldura histórica, pode-se reconhecer, nas diversas conjunturas e cenários, os atores que constroem e implementam as agendas políticas e as governamentais, os consensos e as alianças efetivadas, os mecanismos de exclusão e inclusão e, especialmente, as racionalidades argumentativas de ordem política, econômica e técnica, que são utilizadas para obter determinada direção política. No plano do poder, não entendido unicamente como estatal, os atores são responsáveis e competentes para articular as novas ordens hierárquicas e impor a hegemonia de um grupo nos processos decisórios (CASTRO, 1992).

Tradicionalmente, no Brasil, as políticas de saúde estiveram vinculadas às necessidades da produção, e foram reguladas, direta ou indiretamente, em maior ou menor grau, ora pelo poder governamental, ora pelo empresariado agro-industrial, industrial e financeiro¹⁰⁸. Observa-se, também, na evolução das políticas de saúde no Brasil, uma tensão permanente oscilando entre um modelo de saúde pública e um modelo de seguro saúde, com

¹⁰⁸ Autores brasileiros têm se debruçado sobre a história da saúde no Brasil evidenciando as correlações entre as políticas sanitárias e a economia. Ver Braga, Paula (1981); Noronha, Guimarães (1978); Luz (1991) e Oliveira, Teixeira (1986).

uma miríade de instituições sendo criadas ao longo dos anos, com funções paralelas, fragmentando e diluindo o potencial de intervenção e de investimento do setor.

Noronha e Levcovitz (1994) e Luz (1991) apontam que as primeiras iniciativas governamentais de alcance nacional na área, através da implementação dos serviços de saúde pública, já expressavam o rumo e a natureza da intervenção estatal. Já se vislumbravam os traços e os interesses presentes nas opções definidas à época. As crônicas endemias traziam sérios prejuízos ao setor agro-exportador, fazendo com que, rapidamente, o governo tomasse medidas no campo de higiene e saneamento, com forte autoritarismo e decisões centralizadas.

Os processos de modernização e os problemas deles derivados, como a expansão das enfermidades crônico-degenerativas, levam as autoridades sanitárias a inclui-los em sua pauta. Nesse campo, a opção escolhida como política governamental, via assistência médica individual, inicia-se com a medicina previdenciária. A iniciativa foi uma das primeiras formas de regulação da mão-de-obra, através da intermediação estatal. Foi centrada na necessidade de garantir a reprodução da força de trabalho, sob o impulso e a pressão dos grupos organizados de trabalhadores, que se concentravam nos centros industriais em expansão.

A implantação das Caixas de Aposentadoria e Pensão, a partir de 1923 e a transformação das mesmas em Institutos de Aposentadoria e Pensão, na década de 1930, constituem-se nos embriões da política previdenciária, que se fortaleceu pautada no modelo securitário alemão. Foi-se consolidando um ideário favorável à uma relação pacífica entre trabalhador e empregador, na construção da ordem capitalista meritocrática brasileira.

A criação do Ministério da Educação e Saúde e do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, em 1930, marca o princípio de uma política nacional para o setor e sedimenta as duas estruturas de atenção à saúde: a da saúde pública e a de seguro-saúde (DRAIBE, 1992, p. 20).

Entre 1945 e 1964, esse modelo se expandiu, conformando-se, no que se relaciona à previdência e à assistência médica individual, num desenho que é denominado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979) de *cidadania regulada*. A regulação apresentava uma dupla face: regulava o ingresso no mercado de trabalho e o acesso aos benefícios.

Como se pode inferir, a política da época garantia as condições de higiene e saúde da força de trabalho às expensas da produção, e impunha a docilidade, em troca da segurança futura, ao trabalhador que ingressava no mercado.

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões, com o tempo, tornaram-se estruturas poderosas, com forte poder econômico e capacidade de dominação política, sempre monitorados e conduzidos pelo governo central. A expansão industrial acelerada gerou um contingente de trabalhadores com suas famílias, que pressionavam por assistência médico-hospitalar. A pressão ocorria também por parte do empresariado, que exigia um trabalhador com plena capacidade produtiva.

Verifica-se, no início dos anos 1960, uma incipiente descentralização do sistema de saúde, com a criação das secretarias estaduais e municipais. O público-alvo era a população excluída do sistema securitário, que crescia rapidamente devido ao êxodo rural verificado no período.

O golpe militar de 1964 alterou as bases políticas e econômicas nacionais. Com poder ditatorial, altamente repressivo, o governo refez o pacto entre a elite dirigente, dando um novo direcionamento nos investimentos, criando fundos específicos para financiar as políticas setoriais e afastando os trabalhadores do controle de seus organismos previdenciários. No plano político, interrompe-se o processo de descentralização, centralizando as decisões e inibindo qualquer manifestação de ordem democrática. Os sujeitos políticos ligados ao movimento sindical e acadêmico são violentamente calados e há um silêncio nacional, imposto sob a ameaça constante de cerceamento à liberdade.

Em 1966, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social sedimentou o modelo médico-assistencial privatista, que, na análise de Mendes (1999, p. 59), apresentou as seguintes características:

- a) a extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger quase a totalidade da população urbana e rural;
- b) o privilegio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) a criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- d) o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilégio do setor privado desses serviços.

Os aspectos enunciados se consolidaram no curso da década de 1970, e esse processo, em que “o Estado provia e pagava a ampliação da demanda aos serviços médicos e aos

produtos industriais vinculados ao setor, financiava os investimentos e contratava os serviços da rede privada, apoiando, assim, os empreendimentos capitalistas no setor”, foi denominado de *capitalização da medicina* (NEGRI, DI GIOVANNI, 2001, p. 19).

Configurou-se, explicitamente moldado nos esquemas securitários, um modelo de Estado de Bem Estar corporativo e meritocrático, comportando um grau acentuado de exclusão social. À época, grande parte da população brasileira era vinculada ao campo, sem esquemas públicos de proteção social, tanto na saúde como em outras áreas. Permaneciam sem acesso aos serviços médicos, além da população rural, os jovens não empregados, os idosos sem aposentadoria, os empregados do setor informal e os desempregados.

O direito à saúde era relacionado ao emprego formal. Posteriormente, quando o próprio governo tornou públicas as deficiências do sistema nacional de saúde previdenciária, ocorreu a politização da questão, que vai compor um dos temas da agenda nacional sobre o setor.

Esse modelo de atenção à saúde, que foi ampliado de maneira intensa e de forma desordenada durante o período ditatorial, entrou em crise com o *fim do milagre econômico*, em meados da década de 1970, exigindo, do governo federal, alterações para manter o apoio político ao regime que apresentava fissuras e alto grau de impopularidade. Medidas de recomposição das bases de apoio governistas foram tentadas, tendo, inclusive, o governo federal, politizado o setor saúde, admitindo a sua crise e implementando iniciativas que reduzissem o clamor popular e, ao mesmo tempo, revertissem a situação de desgaste político. As manifestações de desagrado perduraram, furaram o cerco da censura e assumiram múltiplas formas de expressão, encenadas por atores políticos diferenciados.

Esse cenário foi propício à articulação de atores sociais, que se preocupavam com a situação caótica e iníqua do sistema de saúde, organizados em torno do que se chamou *Reforma Sanitária*. As propostas inovadoras para o setor saúde, formuladas e consolidadas ao longo da década de 1970, somente tiveram condições políticas de serem amplamente veiculadas no início dos anos 1980.

A Reforma Sanitária pode ser apreendida em três perspectivas, conforme indicação de Sonia Fleury (1997), ao fazer um balanço da literatura corrente da época sobre o movimento pela reforma da saúde:

poder-se-ia concluir que a Reforma Sanitária é uma *proposta* que encerra um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no Relatório Final da 8ª

CNS¹⁰⁹. É também um *projeto*, pois consubstancia um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas mais amplas. É ainda um *processo* porquanto a proposta formulada não se conteve nos arquivos nem nas bibliotecas mas transformou-se em bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas, e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto prática social, tornando-se História (FLEURY, 1997, p. 20).

O projeto reformador assentava-se na crítica ao modelo vigente, que se ampliou durante o período militar, a partir das denúncias de fraudes, corrupções e principalmente a ineficácia e iniquidade do sistema de saúde brasileiro. Essas críticas eram formuladas pelos estudiosos da área, especialmente os que partilhavam o ideário do movimento sanitário¹¹⁰, e um conjunto de atores políticos, que incluía os partidos políticos de esquerda, os movimentos sociais e os setores mais progressistas do Ministério da Saúde.

Luz (1991), analisando a década de 1980, sinaliza aspectos que devem ser ressaltados, tendo em vista sua importância para elucidar o objeto de estudo em pauta, entre os quais se destacam:

- a incapacidade de superação dos problemas sociais e políticos crônicos, no período de transição para a estabilidade democrática. No campo da saúde, o debate evidencia essa situação pelo antagonismo dos discursos institucionais a respeito de temas básicos. Por outro lado, a situação de crise favorece o surgimento de práticas inovadoras no domínio da participação popular e da descentralização institucional;

- o confronto entre interesses econômicos e políticos no campo da saúde e a ocupação de espaços institucionais, em vários planos. No mesmo movimento, observa-se o confronto de saberes e práticas entre as categorias profissionais envolvidas com a questão da saúde, na busca de conquistar uma hegemonia e marcar posição;

- a inserção da clientela no debate, fomentada pelos grupos mais progressistas que se aliaram às organizações comunitárias, fortalecendo uma vanguarda de resistência e manifestações de cunho popular. Foi construída, enfim, uma nova frente de luta que adquiriu visibilidade e respeitabilidade entre os setores mais empobrecidos da população;

¹⁰⁹ Conferência Nacional de Saúde.

¹¹⁰ O movimento sanitário, segundo Sarah Escorel, tem seu início na década de 1960, a partir da introdução do estudo das ciências sociais na área da saúde, por sugestão da Organização Pan-Americana de Saúde.

- a politização dos temas ligados à saúde, como o debate privado versus estatal e nacionalização versus internacionalização do setor, saindo do círculo restrito da área acadêmica e empresarial e espalhando-se para novos grupos políticos;

- o aparecimento do *empresário da medicina* (grifos da autora), que defende seus interesses no Congresso Nacional, explicitando e dando visibilidade à inserção diferenciada das classes sociais no debate e no reconhecimento do caráter mercantil das práticas de saúde;

- a persistência de grupos de oposição às inovações constitucionais, com práticas de desqualificação e negação das mudanças em curso, associando-as aos líderes anarquistas, comunistas ou populistas;

- finalmente,

a ascensão de uma tomada de consciência, da parte da sociedade civil, expressa nos movimentos sociais dos últimos dez anos, do papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva. Embora restrita aos movimentos de vanguarda da sociedade civil (associação de moradores, movimentos ‘civis’ vários, sindicatos, etc) a compreensão deste papel é de fundamental importância, na medida em que torna claro que são os trabalhadores mesmos que financiam, através de descontos em folha e de impostos, os serviços médicos da previdência social e do Ministério da Saúde que deveriam, antes de tudo, servi-los (LUZ, 1991, p.28-29).

A partir da aprovação das propostas da Reforma Sanitária, na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o debate e o confronto sobre um novo modelo de atenção a saúde ganhou vigor, e as frentes de luta se deslocaram do campo social para o interior dos organismos de saúde (GERSCHMAN, 1995).

Após a VIII Conferência, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, cuja composição incluía representantes do movimento sanitário, das organizações populares, dos organismos governamentais, dos parlamentares, dos prestadores de serviços privados de saúde e das organizações patronais. Em 1987, como resultado da ação da Comissão, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, SUDS, com o objetivo de contribuir para a consolidação da Reforma, através de várias medidas de cunho administrativo e político. Entretanto, transformações políticas na esfera nacional acabaram por reduzir o impacto das reformas pretendidas através do SUDS, conforme afirmação de Gerschman (1995):

a política de saúde do governo da “Nova República” acompanhou os percalços da transição, caracterizando-se por idas e vindas no processo de descentralização, na integração interinstitucional e no que diz respeito ao privilegiamento do setor público. Através de mecanismos políticos, contábeis e burocráticos do INAMPS e do Ministério da Saúde, criaram-se os obstáculos à implementação do SUDS, dentre os quais o mais notável foi o desaparecimento dos recursos nos meandros das máquinas federais, estaduais e municipais (GERSCHMAN, 1995, p. 44).

Os embates em torno da necessidade de alteração no sistema de saúde se tornaram mais aguçados, fazendo com que os interesses, muitas vezes distintos, das diversas facções em um mesmo campo ideológico, se aglutinassem. Polarizou-se, assim, o debate entre privatistas e reformistas. Tais embates persistiram ao longo do período pré-constitucional, com intensa mobilização da vanguarda relacionada ao setor, buscando construir uma direção hegemônica em relação ao novo modelo.

A agenda governamental da Nova República, no que se refere à proteção social, incluía pontos relevantes para se pensar os direitos sociais, a partir do diagnóstico e da proposição apresentados nos documentos oficiais¹¹¹.

No plano do diagnóstico social, foram explicitados tanto as taxas de desemprego e os graus de miserabilidade da grande maioria da população brasileira quanto as iniquidades presentes no padrão brasileiro de intervenção social pública. Integrando essa análise, foi denunciada a regressividade do financiamento, a prática crescente do autofinanciamento e a distorção no uso dos recursos dos fundos sociais, dos quais parcelas foram utilizadas para a construção das imponentes obras do período militar. Constou ainda na agenda política da época, o padrão organizacional que modelava a proteção social pública, como a centralização excessiva, a burocratização, a fragmentação dos programas e ações, a superposição de organismos e a falta de controle efetivo sobre os gastos e resultados.

Os temas relatados ocuparam um espaço nas agendas políticas nacionais e foram amplamente discutidos pelos atores ligados ao movimento sindical, aos movimentos populares, a algumas entidades representativas dos profissionais de saúde e aos partidos políticos de esquerda.

Na época, o Governo Sarney incorporou parte das sugestões de tais agendas e concebeu a sua política social com duas ordens de temporalidade: as de curto e médio prazo, para as situações mais dramáticas de miserabilidade, desemprego e fome; e as de longo alcance, que exigiriam ações mais processuais para sua implementação, com a participação das instâncias organizadoras da sociedade civil. Nesse segundo grupo de prioridades estavam as reformas do sistema de saúde, da previdência, da educação e da habitação.

¹¹¹ O resgate da agenda política e governamental da época foi realizado a partir do I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República, do relatório da VIII Conferência de Saúde e das análises publicadas pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade de Campinas – NEPP – UNICAMP (1988).

A análise do NEPP – UNICAMP (1988) aponta fragilidade quanto ao desempenho social do Governo da Nova República, não devido às questões estruturais, ainda que estas fossem sérias, mas especialmente pelas atitudes no campo político, quando os setores mais conservadores retornam ao aparelho governamental. De acordo com indicação do NEPP – UNICAMP (1988, p. 8):

dessa forma, foi mantida a lógica típica do final dos anos 70, que – oscilando entre a imposição de ‘pacotes’ à sociedade e a manipulação de apoios políticos mais imediatos acabou cristalizando um estilo ‘arcaico’ de fazer política, obstruindo o necessário e conflitivo processo de condução pública dos diferentes interesses sociais. Nessas condições, as decisões (e as não decisões) tomadas na área social permanecem sujeitas ao jogo de cumplicidades e do sigilo entre os atores, dificultando o rompimento da lógica privatista que marcou as ações de governo de corte social no período precedente.

Em grande parte, como fruto dessas vivências e reflexões, aliadas ao próprio processo democrático, se bem que frágil e pouco consistente e com uma constante crise de intermediação política, as lutas e confrontos que tiveram lugar nos anos 1970 e 1980, permitiram a superação, por parcelas da sociedade civil, do entendimento dos direitos enquanto formais, virtuais, abstratos, vinculando-os às possibilidades que se expressavam no campo político e coletivo, e não meramente como princípios individuais e utilitários.

No cenário da redemocratização do país, despontaram sujeitos políticos que se posicionaram face ao Estado, tendo em vista obter a garantia de um patamar diferenciado de cidadania, fundado em concepções concretas de justiça social e igualdade. Instituíram diferentes *loci* políticos e distintas formas societárias, inovando a relação sociedade política – sociedade civil. Buscaram a ampliação da esfera pública, entendendo-se que sua “constituição é parte integrante do processo de democratização, pela via do fortalecimento do Estado e da sociedade civil, expresso fundamentalmente pela inscrição dos interesses da maioria nos processos de decisão política” (RAICHELIS, 1998, p. 25).

Nesse sentido, é paradigmática a afirmação contida no documento do NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (NEEP) – UNICAMP (1988, p. 9) de que

proliferam-se os grupos organizados da sociedade civil (associações, sindicatos Igreja, etc.) com capacidade de vocalização política, restringindo-se a esses setores sociais mais organizados as condições de processarem seus interesses e demandas de modo mais ativo. [...] esses setores organizados se manifestaram quase como substitutos dos partidos políticos. Ou seja, demonstram positivamente um enorme grau de politização e participação da sociedade civil, mas indicam também a possibilidade das estruturas corporativas ocuparem o lugar das instituições de representação política, eternizando as desigualdades sociais e a realização de interesses particularistas, se os partidos continuarem incapazes de formular

estratégias políticas consoante com um projeto de construção democrática nacional (NEPP – UNICAMP, 1988, p. 9).

A luta de amplos e diversos movimentos sociais, nas décadas de 1970 e 1980, aconteceu no sentido de ampliar a esfera pública e de inscrever pretensões a direitos reais e efetivos na agenda política e, posteriormente, estatal e jurídica. Em outras palavras, a luta queria aumentar o usufruto de serviços sociais fora do mercado, ocasionando o divórcio progressivo entre o rendimento real e o rendimento monetário.

Há que se pontuar que até 1988, era impensável para a elite hegemônica brasileira atribuir quaisquer direitos que não estivessem solidamente fincados na ordem meritocrática, tendo o trabalho como referência e valor central. Parcela do movimento sindical partilhava da mesma posição, identificando-se o perfilhamento a um tipo de Estado de Bem Estar de corte essencialmente meritocrático.

O que se veiculava, à época, era uma idéia de pretensão a direitos, que na discussão de Espada (1997) a respeito da questão, implica em pretensão de execução, seja de um ato ou de tolerância. Não se discutia, mesmo após a Declaração dos Direitos Humanos, em 1946, que os direitos não são apenas referidos às liberdades, na medida em que exigem, para sua atenção e garantia, a intervenção por parte de terceiros. Impõe, assim, a pretensão de reconhecimento e de aplicação contra o Estado. O controle ideológico, via censura e cerceamento de liberdades políticas, impedia uma concepção mais abrangente de Estado, que não pode ser apreendido como neutro, e nem como atendendo, unicamente, as reivindicações de uma classe ou segmento de classe. Entende-se que, enquanto um *locus* contraditório administra os interesses diversos, privilegiando, no limite, sempre os interesses do grupo hegemônico.

Uma nova idéia de cidadania, ou cidadania estratégica, em que os direitos são qualificados como meios para obter a igualdade, não unicamente jurídica e formal, mas sim para viabilizar a liberdade, tanto no plano econômico como político, somente passou a integrar a pauta política dos sujeitos sociais, a partir de meados do governo militar.

As análises do período indicam que as reflexões de Castells (1978), Offe (1984), Telles (1994b), Oliveira (2000), Dagnino (1994) e Cortizo (2002) contribuem para esclarecer o papel que a sociedade civil, especialmente o aporte que os novos movimentos sociais deram e vêm dando para o caráter de estratégia política da cidadania.

Cortizo (2002), retomando e ampliando a análise de Evelina Dagnino (1994), indica que, a partir das inovações societárias na esfera civil, se pode pensar a cidadania presidida por

três dimensões: 1) a luta por direitos, encetada pelos movimentos sociais em situações concretas; 2) a ênfase teórica e política na questão da democracia como um valor¹¹²; e 3) o aspecto educativo informal que assume a construção da cidadania na formulação de uma cultura democrática.

Essas três dimensões podem ser identificadas também na movimentação de parcelas da sociedade civil em busca de serviços sociais de saúde, tendo como referência não apenas a luta por assistência médica, mas a ampliação da cultura sanitária e democrática - o que pode ser comprovado na pauta de reivindicações aprovadas na VIII Conferência de Saúde.

Os temas ou *topics* que permitiram e viabilizaram essa construção foram os relativos à desigualdade e perversidade na distribuição dos bens e serviços de saúde; à excessiva centralização política e organizacional que impedia todo e qualquer controle social sobre o aparelho estatal; às iniquidades do autofinanciamento e à regressividade tributária do país; à autonomia do poder decisório concentrada nas esferas burocráticas centrais, favorecendo determinados grupos no momento das definições políticas e estratégicas. Percebia-se, também, como um dos temas, a crítica à ingerência externa das agências multilaterais, nomeadamente a do Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial.

Tais itens, ao comporem as agendas dos sujeitos políticos do setor saúde nos espaços públicos e democráticos dos primeiros tempos da Nova República, viabilizaram a construção e o fortalecimento das propostas progressistas, as quais incorporam a concepção dos direitos sociais de cidadania.

4.2 O Direito à Saúde na Constituição Brasileira de 1988

No período em questão, como fruto das lutas populares e sindicais, a área da saúde foi a que mais obteve sucesso, no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, o que se refletiu na Constituição de 1988. Esse avanço foi reiterado, em 1990, com a aprovação das leis 8080 e 8142. A aprovação da legislação complementar, que instituiu e regulamentou o Sistema de Único de Saúde, foi permeada por confrontos e negociações intensas, refletindo a posição antagônica dos distintos grupos de interesses ligados ao setor.

¹¹² Carlos Nelson Coutinho (1988b), enfatiza a importância da democracia e o papel da socialização da política ou a politização do social no percurso em busca de uma democracia real.

A Constituição de 1988, com perfil bastante programático em diversos aspectos, propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriram-se espaços para gestão e democratização dos serviços de saúde, com a ampliação da participação popular, possibilitando o controle social por diferentes sujeitos coletivos que interagem entre si e com o Estado. Essa ação sinalizou, de forma inequívoca, uma tendência para o Estado de Bem Estar institucional-redistributivo, na linha da social-democracia.

Pode-se identificar os traços desse modelo, especialmente na saúde, visto que reconhece a interferência estatal como um imperativo para garantia dos direitos sociais. Essa tendência, ou opção, não significou, evidentemente, que os interesses contrários tivessem deixado de existir. Pelo contrário, no período da implementação da proposta, com um quadro político mais favorável, às forças conservadoras retornam com vigor e influenciam ou retardam a inclusão da saúde na agenda governamental.

O Sistema Único de Saúde –SUS, definido pela Constituição de 1988 e detalhado pelas Leis 8080 e 8142, define a saúde como,

um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1989, p. 81).

O direito à saúde, colocado na Constituição brasileira, ultrapassa a concepção liberal e, até mesmo, a social-democrata. A satisfação das necessidades de saúde é um direito independente de contribuição ou quaisquer requisitos prévios, e também não está submetida a constrangimentos limitativos de quaisquer ordens. Relacionando o direito à saúde com a posição assumida por Raymond Plant e relatada por Moon (1997), pode-se afirmar a sua independência em relação ao mercado como definidor de critérios para atenção à saúde, na medida em que é proposto o atendimento universal, integral e igualitário.

A proposição aprovada apresenta características marcantes que devem ser analisadas em maior profundidade, visto que, no Brasil, expressa uma perspectiva inovadora em relação aos direitos sociais e significa uma inserção política de atores sociais até o momento excluídos na conformação das agendas públicas. Reafirma, ainda, o trânsito para um Estado Institucional-Redistributivo, na medida em que rompem com a sujeição histórica dos direitos

sociais ao trabalho formal, e sinalizam para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão.

O primeiro rompimento com a situação anterior, em relação ao plano jurídico e político, constituiu-se na idéia de *universalidade*. Ou seja, o direito de todo cidadão brasileiro ter acesso *universal e igualitário*, aos serviços e ações de saúde, quebrando com uma desigualdade histórica, que classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe. Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério da Saúde.

No plano da relação Estado-sociedade, essa indicação significou o reconhecimento que a atenção às necessidades de saúde não pode ser atribuída ao mercado. Enquanto um direito social, torna-se uma “questão de obrigação rigorosa para aqueles que detêm os recursos e que as pessoas necessitadas têm direitos morais rigorosos sobre os elementos da sociedade que estão em melhor situação” (ESPADA, 1997).

Nesse sentido, aponta Luz (1991, p. 29), a Reforma Sanitária foi o “elemento instaurador de uma política de saúde institucionalmente inédita”, colocando no debate a “visão desmedicalizada da saúde”, [...] na medida em que subentende uma definição *afirmativa* (positiva) de saúde, diferente da visão tradicional que identifica saúde com ausência relativa de doença, típica das instituições médicas.

Destaca-se que, além de prever o acesso universal e *igualitário* como dever do Estado, os determinantes das condições de saúde indicados no texto constitucional, articulam dois setores: o social e o econômico. Ultrapassam uma visão de direito e política social que tem prevalecido no país, de pensar esse domínio como o da distribuição de bens e serviços, autonomizado em relação à esfera da produção.

Na reflexão de Fleury (1997), as definições constitucionais e as infraconstitucionais que estruturam o sistema de saúde têm origem em uma tripla contribuição. O conceito ampliado de saúde é caudatário e se fundamenta na produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil. Os princípios políticos - universalização, descentralização, direito à saúde, à cidadania, à democracia - decorrem do aporte das ciências sociais ao campo da Saúde Coletiva. A proposta de um sistema único de saúde, regionalizado e hierarquizado, de serviços e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de atendimento integral, de

participação da comunidade, teve como base conceitual o paradigma do movimento preventivista e da saúde comunitária.

A concepção ampliada de saúde como

o efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como a expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais (LUZ, 1991, p. 29)

impõe reconhecer a intrínseca relação entre direitos sociais e econômicos, entendendo, também, que a intervenção estatal, na esfera das políticas sociais, não pode ser vista como independente dos interesses econômicos. Estes, por sua vez, moldam e incluem na agenda política e governamental os itens que lhes são relevantes, segundo determinações históricas particulares que envolvem o ambiente sistêmico e o ambiente programático. O ambiente sistêmico, no caso da política social (saúde e previdência), incluiria a forma de organização do ciclo de vida e dos arranjos culturais específicos, o mercado de trabalho e o orçamento. O ambiente programático se refere, especificamente, à instituição que se está analisando e como a mesma se insere no ambiente sistêmico (LO VUOLO, 2002).

O reconhecimento da saúde como um direito social, e a apreensão de sua garantia como um dever do Estado, ultrapassa uma abordagem limitada e centrada em um discurso acrítico e valorativo. Supera-se uma visão que atribui às políticas sociais o papel de reduzir as injustiças sociais, resgatando, de “maneira anacrônica, princípios, dogmas e valores que surgem da superação do romantismo” (MENEZES, 1993, p.28), da velha escola humanitária e filantrópica que anula e obscurece o discurso das classes sociais e interesses em conflito. Define ainda, de maneira radical que, enquanto direito, a pretensão do dever de cumpri-lo é do Estado, sendo reconhecido que a saúde não poder ser um bem ou serviço factível de troca no mercado. Como um bem não mercantil, supõe a sua desmercadorização para sua garantia, com as conseqüentes implicações na esfera da política e da economia.

Confirmando os pressupostos contidos no artigo 196 da Constituição Federal, o Artigo 198 delinea outros pontos que sedimentam o direito social a saúde, dando-lhe uma indicação programática institucional, como se depreende da leitura:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1989, p. 81)

O item constitucional acima trata de aspectos bastantes polêmicos, tanto para o setor mais progressista como especialmente para as instituições médicas tradicionais, visto que veio alterar situações institucionais consolidadas em termos de *poder político* e *poder técnico*.

A unificação das distintas instituições, sob um comando único, exigiu ações administrativas de grande envergadura e sustentação política, como a desativação de organizações poderosas politicamente e financeiramente. Situam-se, nesse caso, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e outras instituições, que até o momento não foram extintas, contrariando o texto legal. Entre estas, pode-se identificar a Fundação Nacional da Saúde e a Fundação das Pioneiras Sociais. Tal unificação ocasionou, como consequência prática, a possibilidade de superação do modelo que situava, de um lado, a saúde pública, e de outro, a atenção médica curativa.

Um outro aspecto contido na Constituição que deve ser referenciado, na esteira dos direitos sociais de cidadania como mais uma condição para garantia de sua efetivação, é o que diz respeito à descentralização com comando único em cada esfera de atuação ou nível de governo. A descentralização dos poderes políticos e programáticos no Brasil, além da descentralização financeira, deu mais vigor na reconstrução ou construção das instituições democráticas. Favoreceu, dadas as dimensões do território nacional, a possibilidade do controle social.

Com o intuito de evidenciar como a questão da descentralização e da instituição real do federalismo¹¹³ no Brasil contribuiu para reduzir as disparidades regionais e, conseqüentemente, ampliar os direitos sociais, pela interposição de centros de poder, recorre-se ao texto de Celina Souza (2001). Para esta autora, a descentralização política e financeira contribuiu para tornar o país mais democrático, pois promoveu a emergência de novos atores políticos e de centros de poder alternativos, que obrigam o poder federal a negociar com as esferas subnacionais.

¹¹³ Uma definição simples de federalismo indica que se constitui em uma forma de governo pela qual vários estados nacionais se reúnem em uma nação, não perdendo sua autonomia fora dos negócios de interesse comuns.

Na área social, a nova atribuição conferida aos municípios, que se tornaram *quase* entes federados, ocasionou alterações significativas, na medida em que transferiu a capacidade decisória sobre ações e programas de saúde para a instância municipal. Ao mesmo tempo em que ampliou a competência estadual e atribuiu à esfera municipal uma forte responsabilidade executiva na provisão de serviços sociais, abriu espaço para uma diversidade de práticas que trouxeram resultados distintos para o encaminhamento da saúde, ora favoráveis ora desfavoráveis.

Relata Souza (2001, p. 17) que após a redemocratização e o processo de federalização, duas tendências precisam ser apreendidas.

A primeira é que existem novos papéis entre os níveis de governo, que mudaram a forma como as políticas públicas e a própria política passaram a ser conduzidas. Esses novos papéis colocam desafios e tensões no federalismo devido, por um lado, à importância das esferas subnacionais no programa de ajuste fiscal e, de outro, a capacidade dos governos subnacionais de promoverem serviços sociais. A segunda tendência é a de que a descentralização política e financeira transferiu parcela de poder da esfera federal para as subnacionais, elevando o papel das elites políticas subnacionais.

A capacidade municipal para atuar como agente gestor na saúde apresenta alta diversidade regional, dada a diferenciação econômica, cultural e histórica entre as várias regiões do país. A proposição analítica de Esping-Andersen (1991, 1998) ressalta, na construção do *Welfare State*, a importância das relações entre as forças políticas, ou entre a natureza das mobilizações de classe e as estruturas de coalizão política. Transposta para um plano municipal, a análise parece se situar como uma possibilidade de explicação para as diversidades observadas.

Analizando os conflitos de interesses na implementação da reforma da saúde, aprovada pela Constituição de 1988, Castro (1992) sinaliza para o impacto da reforma. Ela foi calcada no modelo assistencial universalista, com desdobramentos na constituição de novos sujeitos políticos, novas alianças e acirramento dos conflitos entre os interesses dos grupos envolvidos, como o executivo federal, estadual e o municipal, o movimento sanitário, sindicatos e associações profissionais.

Se até a aprovação constitucional, os atores políticos em maior evidência apresentavam um discurso com *topics/temas* mais uniformes, a implementação do SUS provocou cisões políticas e programáticas sérias entre os mesmos, favorecendo novos arranjos institucionais e novos acordos em relação às agendas políticas e governamentais.

Em relação aos participantes mais ativos, pode-se incluir, como aponta Luz (1991), os representantes dos interesses econômicos e políticos em confrontos e embates que se desenvolvem nos diferentes espaços, em nível macro e micro-político. Dentre os representantes desses interesses, a autora lista a *burguesia da saúde*, constituída, na época, por proprietários de empresas médicas, pelos grandes hospitais e clínicas privadas, por grupos médicos ligados aos serviços médicos das empresas, pela grande indústria de medicamentos e médicos liberais. Os interesses desse grupo se articularam em torno de uma ideologia privatista que bloqueava frontalmente quaisquer avanços na direção de um sistema de saúde público.

O poder executivo federal se organizava em torno das questões de financiamento, de insuficiência de recursos humanos, de dificuldade de integração entre a burocracia do INAMPS e de resistência dos Estados e municípios em orçar recursos para o setor saúde.

Na discussão sobre as funções do poder público, há uma ênfase reiterada no papel do Estado como coordenador e gestor dos planos, programas e serviços de saúde, situando-se como uma “questão fechada” da Reforma Sanitária, a qual

contribui para situar a política de saúde como elemento de importância fundamental na presente conjuntura de estabilização da ordem política. [...] Ela pode ser vista, nesse sentido como uma exigência de mudança estrutural, exigida pelo conjunto da sociedade civil, mais do que como simples reivindicação de vanguardas políticas, na medida em que o próprio movimento social a apoia, e vários atores políticos a constitui como tema prioritário de discussão das políticas públicas (LUZ, 1991, p. 29).

Essa constatação indica que o Sistema Único de Saúde proposto contém, em si, uma concepção de direito que, reconhecendo a dificuldade em transitar para a esfera da realização, devido às situações de extrema pobreza e desigualdade reinante no país, permitiu a sua inscrição no texto constitucional, traduzindo, mais do que um ideário, indicações programáticas que concretizam o direito à saúde, que pôde vir a ser materializado ao longo do tempo, conforme se pode avaliar atualmente.

O artigo 198 (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1989, p. 81) indica outro aspecto central para o trânsito do direito real à saúde. A afirmação do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, que traduz a radicalidade da proposta face ao modelo de atenção à saúde implantado, baseado, de modo inequívoco, no empresariamento da medicina curativa, enfrentou, assim, o processo de capitalização da saúde, que caracterizou a expansão da medicina previdenciária. Esse ponto é

de particular relevância, uma vez que é no interior desse modelo que se organizaram os interesses privatistas, centrados na ênfase curativa, tendo como base as transferências dos recursos públicos para o setor privado, através do sistema de financiamento pela via da prestação de serviços.

A racionalidade do sistema previdenciário de saúde é, por intermédio desse item constitucional, passível de desmonte, viabilizando a alteração do modelo de atenção dominante. Essa racionalidade foi inteiramente centrada na articulação público-privado, ordenada pelo modelo de atenção médica individual curativa, sendo intensamente favorecida pela legalidade do caráter meritocrático na garantia do direito.

Na esteira da argumentação utilizada neste trabalho, importa marcar a repercussão desse tópico na concretização do direito, visto que incide diretamente na ordem econômica em três aspectos. Primeiro, pela via do consumo, pois a restrição da demanda ocasiona a redução dos lucros empresariais do setor, diminuindo, também, a influência política dos mesmos. Por outro lado, inibe a expansão das políticas de privilégio aos grupos privados, a qual foi iniciada em meados do governo militar, com a criação de um fundo especial para subsidiar, a fundo perdido, quase exclusivamente os hospitais privados. Por último, insere-se diretamente no círculo de produção/consumo de mercadorias, especialmente as de alto custo. Para se apreciar o alcance dessa medida constitucional, deve-se lembrar que, conforme aponta Teixeira (1989, p. 45), “a privatização dos serviços de saúde não ocorreu, no entanto, de forma indiscriminada ou isolada, mas apenas naquelas atividades onde a lucratividade estava assegurada”.

Esse aspecto é essencial, pois é o vértice das resistências do setor privado às mudanças previstas, aglutinando os diversos segmentos em torno da manutenção da iniciativa mercantil nas atividades de atenção à saúde, procurando resguardar o papel do Estado como financiador das mesmas.

Em torno da integralidade, outros componentes que dizem respeito diretamente a um novo enfoque para o direito à saúde devem ser lembrados. O reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores sócio-econômicos e culturais como determinantes da saúde, e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alargar os horizontes do mundo da vida espiritual e material.

A participação da comunidade como um eixo organizador do Sistema Único de Saúde é um ponto que merece destaque em relação à sua importância na construção de uma esfera pública para o setor, e às possibilidades de redução dos mecanismos de cooptação e clientelismo, levando em consideração a frágil cultura política do país e o forte atrativo que as ações de saúde despertam nos usuários e nos prestadores de serviços.

A participação popular dos debates sobre a saúde parece ter sua origem em dois vetores. De um lado, o próprio movimento da sociedade brasileira em busca da redemocratização do país. De outro, as *funcionalidades* dessa participação para sustentar a governabilidade da Nova República.

De acordo com Carvalho (1997), a participação da sociedade é a expressão institucional do núcleo duro da Reforma Sanitária. Ao longo do tempo, teve significados diversos, evidenciando constantemente a preocupação em associar o social e o político. Expressa ainda a *face democrática ampla* da Reforma, ao ter como horizonte não unicamente o acesso igualitário aos bens e serviços de saúde, mas o acesso ao poder. Mostra as arenas de definição da agenda governamental, traduzindo uma preocupação com os mecanismos redistributivos contidos nas políticas de saúde, com as formas organizacionais de como redistribuir ou favorecer uma atenção de qualidade para todos os brasileiros.

Na ocasião, os debates sobre a participação traziam ao cenário uma concepção de cidadania que apresentava um equilíbrio entre direitos e responsabilidades. A vanguarda do movimento sanitário considerou que a democracia participativa outorgaria mais poder aos cidadãos através da democratização do Estado, concordando nesse particular com Kymlicka e Norman (1997), quando estes afirmam “más en general, por médio de la dispersión del poder estatal en una série de instituciones democráticas locales, asambleas regionales y tribunales de apelación” (KYMLICKA, NORMAN, 1997, p. 16).

No momento da saída de um período ditatorial, havia a suposição que a participação política, tão reprimida durante o período precedente, ensinaria a responsabilidade e a tolerância. Parecia estar presente a idéia da participação política como um valor, na medida em que amplia o círculo de interesses para além dos individuais e corporativos, levando ao reconhecimento que as demandas coletivas ocupam a centralidade das decisões e definições. As virtudes cívicas eram identificadas nas propostas e discursos dos atores políticos ligados aos partidários da cidadania social.

A concepção de democracia participativa, que vigorou na época, entendia a participação como um valor estratégico e não intrínseco, ou, como aquele em que a participação política interessa em si mesma, como condição de cidadania.

A participação comunitária não foi um tema *inventado* a partir da Reforma Sanitária. Entretanto, foi resignificado, perdendo o carácter adesista com o qual havia sido adensado durante a ditadura militar. Esse adensamento teve um objetivo bem preciso, construído no marco dos novos direitos sociais, apontando um horizonte distinto para a cidadania, então em construção.

A afirmação sugestiva de Carvalho (1997, p. 94) confirma a assertiva anterior:

para tanto, o núcleo de idéias-força do pensamento reformador prescrevia que o Estado deveria ser aproximado da sociedade usuária e permeabilizado a suas demandas. É nesse contexto que ‘a participação da comunidade’ e a ‘descentralização político-administrativa’ aparecem como o centro da reforma institucional embutida na Reforma Sanitária. A primeira para dar expressão e legitimidade política às demandas redistributivas e a segunda para diminuir distâncias administrativas e remover barreiras democráticas, prevenindo o desperdício e a erosão de recursos.

O conteúdo da participação, posteriormente nomeada como *controle social*, sofreu uma alteração semântica, como bem marca Carvalho (1997), entre outros autores que se aprofundaram sobre o tema. Inicialmente marcando os processos de influência do coletivo sobre o indivíduo, transformou-se em controle da sociedade sobre o Estado, não mais visto esse último como o *gestor do bem comum*, mas como comprometido com interesses particulares. Contrariamente, as instâncias mediadoras da sociedade passam a ser as responsáveis pelo interesse geral.

Cabe ressaltar, no entanto, que a existência de instâncias mediadoras da sociedade civil não era entendida na perspectiva do pensamento comunitarista¹¹⁴. Essa corrente teórica considera essencial, para a construção das responsabilidades e dos deveres de cidadania, a participação em grupos sociais diversos, como forma de sociabilidade mais eficaz que a

¹¹⁴ Essa tendencia política considera o “Es más bien en las organizaciones voluntarias de la sociedad civil – iglesias, familias, sindicatos, asociaciones técnicas, cooperativas, grupos de protección del medio ambiente, asociaciones de vecinos, grupos de apoyo a las mujeres, organizaciones de beneficencia – donde aprendemos las virtudes del compromiso mutuo. [...] Dado que estos grupos son voluntarios, la incapacidad de vivir en consonancia con las responsabilidades que ellos plantean normalmente recibe la desaprobación y no el castigo legal. Pero como la desaprobación proviene de la familia, los amigos, los colegas o los compañeros, es en muchos sentidos un incentivo más poderoso a actuar responsablemente que la sanción por parte de un Estado impersonal” (KYMLICKA, NORMAN, 1997, p.19)..

participação política ou o mercado para obter as virtudes cívicas que se configuram como a base da cidadania (KIMLICKA, NORMAN, 1997).

O termo participação adquire forte apego ideológico ao longo dos anos, obscurecendo o fato que encerra relações sociais diferenciadas e em constante construção. Assim, depende dos arranjos políticos, factuais ou mais ideologizados, onde os atores definem os movimentos do intrincado “jogo de xadrez”¹¹⁵.

O controle social incorpora uma perspectiva maniqueísta e instrumental. Maniqueísta, pois opõe sociedade e Estado, em termos de *bandido e mocinho*. Instrumental, pois se buscava realmente controlar o Estado autoritário e avesso à qualquer medida de cunho mais democratizante (CARVALHO, 1997).

Não se pode deixar de reconhecer o progressivo e penoso processo de alargamento das fronteiras democráticas no Brasil no período do governo militar. E nesse trânsito, inscreve-se a demanda por bens e serviços, entre os quais a saúde, munindo-se, a vanguarda teórica progressista, do arsenal heurístico fornecido por Gramsci¹¹⁶, contribuindo, sobremaneira, para o fortalecimento da esfera pública e inserção da discussão sobre os novos direitos sociais e de cidadania.

Em torno dos pressupostos acima, Costa (1995) levanta outras possibilidades analíticas. Recordando Offe (1989), aponta os três limites para a institucionalização dos conflitos, que foi a estratégia estatal para assegurar condições de governabilidade ao governo recém-empossado. São eles:

- 1 - o nível da consciência e do sentido de identidade coletiva e valores dos membros que constituem os grupos de interesse;
- 2 – as diferenças de oportunidades socioeconômicas que estratificam conjuntural ou estruturalmente os beneficiários de políticas setoriais;
- 3 – as formas e as práticas institucionais que são proporcionadas ao grupo de interesse pelo sistema político e estrutura burocrática e que atribuem-no um status especial na formulação e desenvolvimento políticos (COSTA, 1995, p. 350).

A participação da comunidade foi organizada dentro da proposta reformista, não de forma autônoma, mas articulada aos demais grupos de interesses presentes, o que permitiu sua inscrição na Constituição. Não cabe entender os argumentos acima unicamente como uma

¹¹⁵ Verificar a alegoria do jogo de xadrez, utilizada por Francisco de Oliveira (1988).

¹¹⁶ A reflexão sobre o Estado Ampliado, sobre a construção de hegemonia e articulação de consensos foi objeto de aprofundadas discussões e debates na época, com a produção de uma vasta bibliografia a respeito.

crítica à incorporação formal dos movimentos populares aos segmentos mais institucionalizados, mais habituados ao jogo democrático ou *não democrático*. Deve-se, para precisão política e conceitual, apontar o risco da conformação de tais institucionalidades serem uma nova forma de cooptação política e um mecanismo para a redução de conflitos.

A participação dos grupos comunitários tinha, em última análise, a finalidade de inscrever a idéia da democracia participativa nas novas práticas sanitárias, condizente com a posição conquistada de novos atores, influenciando rumos e definindo as políticas setoriais.

Outra abordagem, em relação à participação, se refere ao financiamento das ações e serviços de saúde que, na esteira das alterações aprovadas, complementa o ganho ético-político da nova Constituição.

Ao definir que o financiamento da Seguridade Social, incluindo a saúde, deve ser compartilhado por todos, sendo responsabilidade das três esferas de governo e da sociedade como um todo, encerra-se uma iniquidade histórica. Até a promulgação da Constituição, os recursos para financiar a saúde, ou as contribuições sociais, recaíam sobre os empresários e os trabalhadores. Como os empresários utilizavam recursos legais para redução dos custos de tal financiamento, através da renúncia fiscal, incentivos e deduções, o mecanismo central para enfrentar os gastos do setor era o autofinanciamento pelo trabalhador integrado ao mercado formal.

Em relação ao formato do financiamento da Seguridade Social o desenho instituído na Constituição é uma referência inequívoca ao Estado de Bem Estar que se queria implementar no país. Os constituintes trouxeram o ideal da solidariedade que fundamenta o *Welfare State* institucional-redistributivo para uma das áreas mais delicadas e que sempre foi a de mais difícil transformação, a do financiamento da proteção social. A respeito, vale incluir uma afirmação de Dain (2000, p. 32),

diante desse desafio e dado que os riscos básicos da vida e da incerteza foram considerados muito dramáticos para serem deixados às soluções do mercado ou aos indivíduos, o *welfare state* criou uma maneira de superar os efeitos do risco individual e da seleção baseada na escolha dos menores riscos, tornando-os coletivos, o que permitiu sua diluição no conjunto. Assim, os sistemas de saúde baseados no princípio da solidariedade, que oferecem aos indivíduos o acesso aos serviços de saúde de acordo com sua necessidade e não com sua capacidade de pagamento, continuam sendo a parte mais redistributiva dos *welfare states*.

Esse ideal de cidadania foi fruto de uma conjuntura nacional que evidenciou, depois de longo tempo de governo ditatorial, a possibilidade de uma construção política iniciada nos

espaços organizativos da sociedade civil. A cidadania social na saúde foi sendo fundamentada na realidade concreta, ultrapassando os dispositivos jurídicos e chegando ao que se convencionou chamar o *direito a ter direitos*.

O *direito a ter direitos*, na área da saúde, reflete uma visão de cidadania estratégica, que tem como base a organização em torno das necessidades de saúde, que, no caso, não estão reduzidas unicamente à atenção médica, paradigma que dominou muito tempo o setor. A organização abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde e uma consciência sanitária que se traduziu em ações operativas na concretização do direito.

O tecido sócio-político que permitiu essa nova contratualidade, no segundo momento do Governo Sarney, começa a se esvaecer devido à alteração nas forças políticas com o reagrupamento dos setores conservadores em torno da ampliação do mandato do presidente. Contribuiu para o agravamento da situação a crise capitalista que aportou ao Brasil em finais dos anos 1980. Os seus efeitos fizeram-se sentir em todos os setores da vida social, determinando, na área da saúde, as reformas incrementais, que incidem especialmente na redução do direito à saúde contrapondo-se à reforma dos anos 1980, como se busca evidenciar a seguir.

5 REFORMAS INCREMENTAIS E DIREITO À SAÚDE: A ATUALIZAÇÃO DOS DISCURSOS E DAS AGENDAS POLÍTICAS

5.1 O redirecionamento da ação pública e do setor privado

Como tem sido assinalado ao longo deste trabalho, a reflexão sobre a transformação das funções estatais deve ser acompanhada de um extremo cuidado, para evitar o risco de se incorrer em posições reducionistas que, em lugar de ampliar a compreensão sobre os fatos e fenômenos, os aprisionam em armadilhas analíticas ultrapassadas e descontextualizadas.

No sentido de endossar esse cuidado, as observações de Diniz (1998, p. 44) são relevantes. Elas servem como um alerta para “evitar ciladas dicotômicas que, embora equivocadas, tornaram-se bastante difundidas”, pois as categorias analisadas vêm sendo abordadas, inúmeras vezes, de forma profundamente ideologizadas e esvaziadas de qualquer relação com a realidade.

Seguindo a hierarquização apontada por Diniz (1998), a primeira dicotomia, que vem sendo usada como uma categoria *guarda-chuva*, é a relação Estado-mercado. Ela pode favorecer uma visão presa ao paradigma estatista, em contraposição a uma concepção que idealiza o mercado, tendo como consequência o minimalismo estatal. Outra antinomia que deve ser repensada é a relação Estado-sociedade, posto que os termos da relação, inúmeras vezes, vêm sendo apreendidos como instâncias polares e impenetráveis, como se fosse possível coexistir de um lado a burocracia estatal, isolada do mundo social, e de outro, os atores políticos, o mercado, o mundo real. Essas contraposições devem ser revistas, de forma a apreender o conjunto das múltiplas relações que compõem o tecido social, com interfaces aparentemente desconexas, mas que guardam um sentido inter-relacional intrínseco. As alterações nas funções e papel do Estado somente podem ser entendidas ampliando-se o leque explicativo, face aos fenômenos encontrados, não se deixando levar por uma unanimidade redutora ou uma dócil maioria sedutora. Em outros termos, não se pensa no Estado como um ente autônomo, dotado de uma vontade própria em si. Pelo contrário, se configura como um espaço dinâmico, onde os atores políticos, provenientes de distintas arenas decisórias, usam de recursos variados para definir as agendas governamentais.

Ainda nessa linha, quando se indica tendências de *reformas orientadas para o mercado*, tem-se clareza que não são movimentos uníssonos, ordenados, homogêneos e

temporalmente delimitados. Os condicionantes culturais, históricos, políticos e econômicos imprimem ritmos e conteúdos particulares nos setores sobre os quais incidem em cada país e no interior deles.

Tornando-se público, de forma bastante explícita, na década de 1990, o debate sobre a necessidade de revisão do papel e das funções do Estado, tanto em seus pressupostos gerais como em sua dimensão setorial, no caso específico o setor saúde, identifica-se, nos discursos das elites políticas, no período analisado, a segmentação das suas agendas e dos pressupostos que as informam.

As agendas do Ministério da Saúde e da ABRAMGE ajustam-se aos debates disseminados pelos partidários da revisão do Estado, alterando-se os seus papéis e suas funções, na perspectiva de internacionalização da economia brasileira. Esta revisão implica mais transformações substantivas no conjunto de competências do que um esvaziamento de funções do Estado.

Curiosamente, alguns argumentos para a readequação das funções do Estado na saúde, contidos nos discursos estudados, são bastante similares. O eixo argumentativo sobre o qual se constroem as premissas que incidem nas matrizes discursivas têm aspectos comuns em relação à análise do cenário atual.

Percebe-se, de forma recorrente, a crítica à ineficácia do Estado na implementação das políticas de saúde, ao tamanho da rede assistencial, à indefinição de funções e à desarticulação entre o nível nacional e os subnacionais, à burocracia estatal, às condições precárias dos serviços públicos (rede assistencial e qualidade dos serviços), a dificuldade em recuperação dos equipamentos, à pobreza e ao aumento das desigualdades sociais como determinantes de um novo pacto social. Entretanto, há que se observar que a identidade do diagnóstico se esgota nesses itens, não se refletindo em outros aspectos e nas agendas políticas, como se constatará nos tópicos seguintes.

Identifica-se um chão comum de observações, que não incidem diretamente sobre a responsabilidade pública ou, no limite, não viabilizam um questionamento sobre as dimensões e abrangência do setor público, mas que contém *topics* que sinalizam e antecipam as exigências de possíveis mudanças funcionais na política de saúde. Partindo destas similitudes, eleva-se um outro patamar de juízos apreciativos sobre os aspectos tratados, onde se localizam as distinções e, conseqüentemente, subsidiam as justificativas para uma alteração nas funções estatais.

Ecoando como uma caixa de ressonância do Banco Mundial e complementando seu diagnóstico inicial, o Ministério da Saúde, constata a falta de especialistas e administradores em políticas de saúde; a inexistência de uma política sanitária nacional, levando a iniquidades na alocação de recursos; a falta de flexibilidade na legislação que regula o funcionalismo público; a pressão político-partidária; a escassez de pesquisas sobre o tema; o despreparo administrativo e a *anarquia*¹¹⁷ dos níveis nacional e subnacionais; o desperdício e o descontrole dos gastos públicos; a falta de visão do próprio setor público; a ampliação da demanda devido às alterações do perfil demográfico e epidemiológico como condicionantes para a revisão do papel e as funções estatais (MS - SERRA, 2000a, NEGRI, 2000).

Mesmo com o risco de uma repetição cansativa, mas com a finalidade de evidenciar a similitude de posições com o governo federal, reproduz-se aqui as avaliações críticas do Banco Mundial sobre as condições sanitárias do país. Este diagnóstico teve grande repercussão nas agendas políticas e governamentais.

No documento de 1994, o Banco analisa a organização, prestação e financiamento do setor saúde no Brasil, apontando para: a ineficiência e a ineficácia no uso dos recursos públicos; a concentração de recursos no sudeste e sul do país; a indefinição dos papéis entre os níveis de governo; a expansão da demanda devido ao atendimento universal, previsto na Constituição de 1988, reduzindo a possibilidade de acesso e de qualidade dos serviços; o tamanho da rede pública; o financiamento público em benefício do setor privado; a incapacidade dos setores subnacionais de administrarem serviços sanitários; as práticas ilegais e espúrias no mercado de saúde; a inexistência de marcos regulatórios para proteger o consumidor de saúde; e a inexistência de um sistema de acreditação que permita alocar recursos com maior segurança, estabelecendo uma classificação meritória para o financiamento da área hospitalar (WORLD BANK, 1994).

Rizzotto (2000), ao analisar a influência do Banco Mundial nas políticas de saúde, cita a proposição de uma revisão constitucional, orientada pelo Banco. Essa releitura deveria compreender o fortalecimento do papel e a responsabilização dos níveis subnacionais pelo financiamento e prestação de atendimento médico; a construção de um sistema legal para transferências de fundo a fundo para as instâncias estaduais e municipais; o incremento e o

¹¹⁷ Expressão utilizada pelo Ministério da Saúde para definir a situação do setor, em 1998 (MS - NEGRI, 2000, p.60).

fortalecimento do nível central para assumir o papel de regulação¹¹⁸, de assistência técnica, de fomento à pesquisa, de elaboração de padrões e de estratégias para elevação da qualidade do sistema e de sua regulamentação e controle. A idéia força do Banco Mundial seria a liberação de qualquer atividade de controle e prestação de serviços pelo Ministério da Saúde, repassando tais funções para o mercado e os governos estaduais e municipais (WORLD BANK, 1994).

Embora os diagnósticos do Ministério da Saúde e do Banco Mundial iluminem dimensões importantes e reconhecidas da crise, eles não tocam em um ponto nevrálgico, que é a redução do financiamento público. Esse problema tem origem em dois feixes de justificativas, conforme vem sendo analisado pelos autores relacionados à temática¹¹⁹, que será analisada no capítulo 6.

Sumariando as explicações teóricas adotadas por autores que têm uma visão mais sombria sobre as reformas do Estado, nos anos de 1990, dois argumentos incidem sobre a questão. O primeiro ponto é a restrição do aporte financeiro público decorrente do ajuste estrutural praticado pelos Estados nacionais, com a finalidade de equilibrar a balança de pagamento, reduzir o *déficit* orçamentário e ampliar a competitividade no mercado externo. Enfim, o objetivo é adotar medidas definidas como necessárias pelos governos nacionais para obter o equilíbrio macroeconômico do país, visando a sua inserção na economia global.

O segundo argumento origina-se de ações deliberadas de desestruturação da rede assistencial pública, e tem como objetivo transferir parte da demanda pagante para o setor privado, fortalecendo o mercado¹²⁰. O Ministério da Saúde reconhece que os recursos financeiros alocados para a área são modestos, atribuindo as dificuldades do setor aos fatos anteriormente indicados (MS - SERRA, 2000). Porém, se houvesse um fluxo regular, o problema seria contornável.

¹¹⁸ De acordo com Campos et al. “por regulação entende-se uma série de expedientes que visam a assegurar que o desempenho por agentes privados de atividades julgadas relevantes para a sociedade atenda a critérios globais de sustentabilidade econômica e social” (CAMPOS, AVILA, SILVA JR, 2000, p. 30). Em outros termos, uma intervenção pública redirecionando a vocação das empresas privadas para fins sociais. Outros autores, entre eles Ribeiro, Costa e Silva (2000), apresentam uma concepção ampliada de regulação, incidindo, inclusive, nos níveis internos e subnacionais do setor público.

¹¹⁹ Verificar, entre outros estudiosos que se dedicam às análises que inter-relacionam as políticas sociais e econômicas, Laurell (1995b, 2000a, 2000b) Diniz (1994), Fiori (1995), Mota (1995, 1998) e Soares (1999, 2000).

¹²⁰ Laurell (2000a) assinala que o termo mercado vem sendo usado como eufemismo para designar os grandes grupos financeiros internacionais. Outra nota necessária é que não há um consenso teórico quanto aos objetivos da transferência para o setor privado, o que se analisará posteriormente.

A ABRAMGE, ampliando sua apreciação inicial sobre a situação sanitária, considera que as condições econômicas precárias de grande parte da população, a miséria, a pobreza, o tamanho da rede assistencial e o grande número de habitantes do país inviabilizam qualquer pretensão de universalização na atenção à saúde, exigindo uma participação fortemente delimitada do setor público. A instituição é bastante enfática ao afirmar que o direito à saúde não pode ser igualitário e universal, usando o argumento de que o Estado, além de inoperante, não teria condições de garantir o disposto constitucional. Ou seja,

discutir universalidade e equidade no presente quadro é filosofar. E saúde não se constrói com textos brilhantes, rasgos filosóficos, discursos acadêmicos, imposições legais. Saúde se faz com água e esgoto tratados, alimentação e habitação decente (AB - ABRAMGE, 2001, p. 32).

A ABRAMGE não deixa de indicar que o setor público vem tentando se eximir de suas responsabilidades, quando impõe, legalmente, ao setor privado a obrigatoriedade de incluir a atenção básica na cobertura dos seguros de saúde. Não concorda com a retirada do setor público da área, pois alerta ser impossível assumir integralmente a responsabilidade governamental, visto que alguns procedimentos médicos têm um custo extremamente alto, não tendo, a grande maioria da população, sustentação financeira para arcar com os mesmos. Sobre a questão, entende que se aproxima a

chegada de uma nova etapa, na qual os sistemas de saúde serão compatibilizados com as possibilidades reais dos países em financiá-los, de modo que proporcionam satisfação às pessoas atendidas. Os países estão avançando os processos de reforma nos sistemas de saúde ao mesmo tempo em que se observa uma maior participação do setor privado na administração de financiamentos públicos e privados e, também na prestação de serviços de saúde para atender às necessidades da população, independentemente do nível de ingresso ou de risco de pessoas, mediante sistemas de financiamento que garantam o exercício desse direito (AB - ABRAMGE – 9º CONGRESSO, 2001).

Torna-se patente na afirmativa da ABRAMGE que não está em causa o pressuposto do mercado ser o mecanismo ideal para a resolução dos problemas de saúde, mas que a saúde se torna um bem mercantil ou não, dependendo de sua rentabilidade econômica. Os atos e procedimentos médicos são mercantilizados na medida em que se constituem em mercadorias vantajosas na ótica mercantil, pelo valor de troca e não de uso. A Associação protesta, ainda, nessa linha de argumento, que

organismos internacionais da área, OPAS, OMS, comungam de ideologia antiprivatizantes, não oferecendo grande respaldo à iniciativa privada. Somente as organizações financeiras internacionais – cansadas de ajudar iniciativas

governamentais sem muito resultado prático – é que se sensibilizam e se dispõem a estimular o setor privado, mesmo assim de uma maneira bastante complexa, portanto difícil de ser conseguida (AB - ABRAMGE, 9º COONGRESSO, 2001).

A CNTSS/CUT e a Pastoral da Saúde direcionam suas críticas contra a focalização das ações e o privilegiamento do setor privado pelo governo. Demarcam, assim, suas posições em relação ao papel do Estado, numa perspectiva de manutenção do disposto na Constituição Brasileira. A Pastoral da Saúde e a CNTSS/CUT afirmam que

qualquer tentativa de estabelecer distinção entre serviços a cargo no Estado e aqueles que seriam adquiridos no mercado, através de diferentes modalidades de seguro, representa a quebra do princípio da integralidade. [...] Os princípios que estiveram e estão na base da formulação do direito à saúde como fundamento do SUS, estão ameaçados nesse embate permanente entre as condições individualistas e liberais e as concepções coletivas e solidárias [...] A universalidade do direito à saúde, por exemplo, está em cheque pelas inúmeras propostas de focalização, não só das medidas e dos programas assistenciais, como também das medidas de prevenção e dos programas de promoção (PS - PASTORAL DA SAÚDE, 1998, p. 4).

A saúde deve ser um direito de todos, com acesso universal a serviços de boa qualidade. [...] Esse SUS que queremos só será possível se for prioridade de governo, parte de uma política social mais ampla, onde educação, saneamento básico, moradia e transporte e outras questões que repercutem diretamente na saúde sejam enfrentados com determinação, onde a população tenha as necessidades básicas atendidas, a renda distribuída, os direitos sociais sejam garantidos e o controle social seja de fato exercido por aqueles que devem decidir sobre os problemas de saúde na sua região (CN - CNSTT/CUT, 2000).

A universalidade no atendimento à saúde, frisada reiteradamente pela Pastoral da Saúde e CNTSS/CUT, traduz um posicionamento a ser analisado sob dois olhares. O primeiro, é a caracterização da saúde como um bem com força moral em si, visto que se situa como uma necessidade básica, estando em causa a vida humana, não havendo espaço para regulação seletiva para a sua atenção. Ao se impor como condição de legitimidade do Estado democrático, não apresenta possibilidade de secção em categorias de cidadania, uma cidadania de primeira e de segunda classe. Concordando-se com esse pressuposto, a obrigação do Estado, na atenção sanitária, fica patente e manifesta, não sendo passível de ser concebida como um valor de troca. O segundo posicionamento é a própria condição de universalidade do direito social nas sociedades contemporâneas até o passado recente. Espada, apoiando-se em Raymond Plant, acentua o que se passa em relação à universalidade: “cada direito tem que se aplicar igualmente, a todos aqueles que estejam na situação em questão” (ESPADA, 1997, p. 156).

Em relação à redução do tamanho e das funções do Estado no setor saúde, a menção da ABRAMGE é clara e objetiva:

reconhecemos no SUS a idéia generosa de solidariedade, mas, evidentemente, o sistema tem que partilhar a assistência com o setor privado. Assim se consolidou na Constituição a forma mista, no que concerne ao atendimento ambulatorial e hospitalar. Naturalmente, no que se refere à atenção básica, sua atribuição é exclusiva do Estado. E ela começa pelo saneamento, água e esgoto tratados, combate às endemias e às doenças infecto-contagiosas, imunização, controle dos alimentos e dos remédios, fiscalização dos portos e fronteiras, vigilância epidemiológica e sanitária (AB - ALMEIDA, 2001, p. 31).

Há a indicação da divisão de responsabilidades entre o Estado e o setor da medicina denominado suplementar. A afirmação parece expressar uma leitura da Constituição às avessas, seccionando as ações básicas de prevenção e promoção da saúde e o atendimento ambulatorial e hospitalar, este compartilhado com o setor privado.

A definição do papel do Estado é similar à orientação emanada no Banco Mundial (1993, 1994, 1997). Este sugere o fortalecimento do mercado para provimento das necessidades de saúde dos segmentos populacionais que tenham condições de acesso aos seguros e planos de saúde privados, liberando o poder público para ações focalizadas e direcionadas aos grupos populacionais de risco¹²¹ e aos procedimentos de grande externalidade¹²². O Banco chega a propor um duplo sistema de saúde, onde o setor público se responsabilizaria pelas ações de recuperação de segmentos populacionais em condições de miserabilidade e de promoção e prevenção de saúde, enquanto o setor privado, além de atender o segmento populacional integrado ao mercado de trabalho, receberia um subsídio público para custear as despesas e seria favorecido por pedidos de redução de demanda¹²³.

¹²¹ Cabe lembrar que a proposição do Banco Mundial se baseia em um diagnóstico de seccionamento de demandas epidemiológicas alinhado em classes sociais. As classes com maior poder aquisitivo seriam, tendencialmente, acometidas de moléstias crônico-degenerativas. As doenças da pobreza seriam as provenientes de estados de carência nutricional e as infecto-contagiosas.

¹²² “O conceito de externalidades, por sua vez, provém da constatação de que o postulado da teoria convencional de que o mercado produzia o equilíbrio não só para cada agente individualmente considerado, mas para a economia como um todo, esbarrava no fato de que a ação de certos agentes afetava positiva ou negativamente as ações de outros agentes. Esses efeitos passaram a se chamar externalidades e serviram de base a novos tipos de regulação estatal para coibi-los ou limitá-los. As externalidades mais comuns se dão da produção sobre o consumo e sobre a própria produção, embora também ocorram em sentido inverso, ou seja, do consumo sobre a produção e o próprio consumo” (TEIXEIRA 2001, p.14).

¹²³ A idéia sugerida não é recente, sendo a reapresentação de duas propostas alternativas ao SUS, em 1993. Uma, institui o *Plano Básico de Saúde* para a população brasileira, sendo um sistema complementar ao SUS, com subsídio governamental. Foi rejeitada na Comissão de Justiça devido à sua inconstitucionalidade. Outra alternativa, baseada em formulação de André César Médici e outros autores, foi apropriada e transformada em proposta programática pelo Instituto Liberal (MENDES, 1999)

A ABRAMGE propõe um trabalho articulado ao governo, indicando a divisão de tarefas entre os dois setores e os ganhos que se obteria com tal arranjo, “*não como competidores. [...] Nós, da medicina de grupo, somos parte da solução, não parte do problema*” (AB - ALMEIDA, 2001, p. 38).

O Ministério da Saúde, por sua vez, apresenta um discurso ambíguo e contraditório. Embora reafirme, em várias ocasiões, o respeito aos princípios do SUS e a responsabilidade pública pela saúde como um dever do Estado, em outras enfatiza o papel indispensável do mercado. Como observa Serra:

evidentemente, o Governo não pretende perseguir nem substituir o setor privado nem ampliar o tamanho do Estado na saúde. No Brasil, dispomos de um sistema misto público/privado e esse sistema deve continuar. Mas é preciso ter clareza a respeito da impossibilidade de se transferir à lógica do mercado parcelas crescentes de responsabilidade sobre a saúde. [...] Não somos a favor do estatismo, mas defendemos o “ativismo” governamental (MS - SERRA, 2000, p. 32).

Salvo em algumas menções do Ministério da Saúde, a defesa de um sistema único não parece explicitar uma predominância da atuação pública reservada, essencialmente, para o atendimento à população desprovida de recursos financeiros,

A indicação do ativismo governamental poderia ser interpretada como um prelúdio para “exercer funciones de promoción y regulación del mercado para garantizar la eficiencia, la competencia y el cumplimiento de los contratos, así como para compensar sus imperfecciones” (LAURELL, 2000a, p. 43). Não afirmam, categoricamente, a defesa do SUS e ratificam, reiteradamente, a importância do sistema misto público e privado para melhorar as condições sanitárias.

As agendas dos profissionais e usuários dos serviços de saúde, no caso específico analisado, as da CNTSS/CUT, da Pastoral da Saúde e a Carta dos participantes da XI Conferência Nacional de Saúde, repõem a posição constitucional da saúde ser um direito de todos e um dever do Estado, sendo o setor privado essencialmente complementar ao setor público.

O paradigma da igualdade que orienta o eixo discursivo acima pretende que o critério de distribuição dos serviços e ações de saúde seja universalista e igualitário, com a ação pública garantindo toda a atenção necessária e instituindo um sistema efetivamente público de saúde.

As entidades justificam a legalidade de sua posição e acrescentam ao diagnóstico da crise do setor a interferência exagerada das agências financeiras internacionais. As instituições financeiras penalizam o país, duplamente, ao exigir os ajustes estruturais para o pagamento da dívida externa, que castigam os setores sociais com cortes e redução orçamentária, e ao imporem diretrizes normativas na esfera sanitária que colidem com os direitos de cidadania constitucionalmente definidos, estabelecidos e referendados a cada Conferência Nacional de Saúde.

As contraposições acima recolocam questões centrais para a reflexão sobre o direito social à saúde, entre elas a responsabilidade estatal. Subjacente às mesmas, se localiza a opção de a saúde ser um bem público ou um bem privado. Evidente que essa apreensão define os termos da discussão e baliza os demais pressupostos e proposições, como a disjuntiva equidade-eficiência, a igualdade-equidade, a organização dos sistemas, a função e o papel dos agentes econômicos e políticos na construção do que se definiu como apropriado e justo em um dado momento histórico.

Nesse particular, as matrizes discursivas da ABRAMGE e do Ministério da Saúde contêm racionalidades equivalentes, embora com algumas discrepâncias nas falas do setor público, conforme apontado anteriormente. A ambigüidade é recorrente na matriz discursiva do Ministério da Saúde, que ora acena a saúde como direito de todos e como dever incondicional do Estado, ora afirma que a sua garantia é para quem não tem acesso a outras formas de atenção, como se depreende da assertiva abaixo:

digo isto para salientar algo que me parece fundamental: o atendimento à saúde é direito de todos, e o nosso papel é prover as condições para garantir esse direito, independente da condição social de cada um. [...] É preciso garantir a todas as pessoas que não dispõem de informação e de dinheiro o acesso a esse direito (MS - SERRA, 2000, p.16-17).

As indicações subjacentes à posição dos dois sujeitos políticos permitem o entendimento de que, na atenção à saúde, as ações de recuperação pertencem ao consumo privado, enquanto um domínio do direito negativo, individual, como um bem e um serviço obtido através do mercado. Nesse sentido, a garantia restringe-se à competência pessoal para obtenção dos recursos financeiros para sua satisfação, visto que é um bem mercantilizado. O atendimento das necessidades mínimas se restringiria aos segmentos populacionais pauperizados, acompanhando a tendência das agências financeiras internacionais.

A crítica a essa posição associa o utilitarismo e a submissão ao domínio econômico, que tornou o acesso à saúde dependente de juízos valorativos orientados pela racionalidade econômica. Ligados a essa relação estão a classificação de risco social e conseqüente inclusão no atendimento e o alcance do patamar desejado de recursos orçamentários para investimentos em ações de saúde. Esses condicionantes dariam ao direito à saúde o caráter de excepcionalidade ou, quando muito, de transitoriedade, passível de ser revertido a qualquer momento pela introdução de outro critério avaliativo ou de alteração conjuntural inesperada.

Por outro lado, a Pastoral da Saúde e a CNTSS/CUT assinalam a saúde como um bem público - concepção teórica que o vincula a uma noção de semelhança e identidade coletiva, a um sentido de pertencimento próprio do modelo institucional redistributivo de *Welfare State*. A própria noção de identidade coletiva, na definição programática e operativa de bens públicos, dá o significado que permite os atores calcularem os custos e a utilidade individual das ações coletivas e atuarem na base da confiança na validade e no caráter vinculante das normas e instituições responsáveis pela produção dos bens indicados. No limite, a discussão oscila entre a racionalidade individual e a coletiva, como princípio ordenador de uma ordem social mais ou menos próxima do que se considera justa.

Em relação a uma aproximação de bem público, são pertinentes os apontamentos de Offe (1994), ao considerar que somente é possível a produção duradoura de bens públicos quando se encontra, subjacente, um ideal de semelhança e identidade coletiva. Sinaliza que esse ideal somente pode ser factível, se for definido com clareza e precisão o *quanto* os integrantes de uma sociedade estão dispostos a abdicar, em nome de um bem coletivo, quando se tem, fortemente presente, o princípio da identidade coletiva. Em outros termos, até que ponto o *estarmos no mesmo barco* se traduz em ações coletivas assumidas.

Relembrando o momento pré-constituente e o ideal que permeou a construção do SUS, percebem-se traços de solidariedade de tal ordem entre grande parcela dos sujeitos políticos envolvidos, e que o pacto constitucional superou traços históricos de clientelismo e populismo político. Atualmente, as evidências parecem sinalizar para a reversão do quadro daquela época.

O critério de apreciação do bem público ou coletivo vem sendo repostado nas matrizes discursivas do Ministério da Saúde e da ABRAMGE com um vetor econômico, que o faz adquirir outro sentido, que é o critério de não exclusividade. Se um bem existe, serve para todos e não unicamente aos que pagaram por ele. Somente os bens que produzem grandes externalidades ou ameaçam o equilíbrio nacional seriam públicos.

Na maior parte dos discursos, descontada uma ou outra posição contrária do governo federal, o governo e o setor privado vem considerando como bem público as atividades de promoção e prevenção de saúde e outras ações que geram externalidades positivas, especificamente o saneamento e as campanhas educativas.

Quanto à assistência individual, a ABRAMGE a qualifica como um bem público, enquanto atenção às necessidades básicas para a população empobrecida, que é financiada com recursos orçamentários. “[...] é ao Estado que compete essa obrigação e só ele poderia cobrir os gastos de saúde dos mais pobres, como dinheiro que arrecada dos impostos” (AB - ALMEIDA, 2001, p. 36). A assistência individual torna-se um bem privado quando direcionada aos grupos populacionais com recursos financeiros suficientes para arcarem com os dispêndios dos seguros e planos privados de saúde. A agenda governamental ora acena como um bem público, ora como um bem que pode ser liberado ao mercado.

O ex-ministro da Saúde, José Serra, na matriz que constrói em torno da questão sanitária e das formas de atenção, situa a assistência individual sempre subsumida à questão econômica. Na justificativa de a saúde não ser um bem mercantil, transparece uma antinomia, pois a lógica analítica é a de mercado, conforme se depreende em dois argumentos em seu discurso de posse e de uma opção do Ministério no Plano Plurianual de 2000/2003 - PPA.

Primeiro, ao ressaltar a contribuição do sistema de saúde supletiva e a sua necessária convivência com o setor público, José Serra menciona que haverá uma possibilidade maior de atendimento do setor, se a saúde supletiva conseguir expandir 10% o volume de atendimento e baixar seus custos, fazendo com que parte da demanda seja canalizada para a iniciativa privada (MS - SERRA, 2000).

Segundo, ao argumentar que a saúde não pode ser submetida à lógica mercantil, devido às assimetrias de informação entre consumidor e médico, não descarta o mercado, mas unicamente sua incapacidade regulatória devido à complexidade do setor, cabendo ao Estado disciplinar essa área.

Por último, na opção colocada no PPA, encontra-se o saneamento das finanças públicas como primeiro macroobjetivo para ser atingido no período compreendido entre 2000 – 2003. Esse ponto o situa, em uma escala de prioridade, acima de todos os demais que têm relação direta com a elevação da qualidade de vida e saúde e a com a existência do Ministério da Saúde.

Uma outra observação que pode enriquecer o debate sobre a saúde ser um bem mercantil ou não, transpondo-o para outro registro, é a referência aos processos e os determinantes de sua mercantilização ou desmercantilização. Laurell (1995b) sublinha que as forças do mercado, para funcionarem, exigem que os bens sejam mercadorias, que estejam integradas em um sistema valorativo que permita sua troca por equivalentes. Na construção do *Welfare State* houve um paulatino movimento de transformar ou retirar do atendimento à saúde o caráter mercantil, visto que o Estado assumiu tal função por razões relacionadas ao vetor econômico¹²⁴. Isso ocorreu com a retirada do mercado desse bem, que passou a ser assumido pela família e pelo Estado, no financiamento e produção dos bens e serviços de saúde.

Atualmente, com o avanço científico e tecnológico, foi sendo cada vez mais interessante economicamente mercantilizar o atendimento à saúde, mas apenas em condições que os mesmos fossem rentáveis.

Fazer o setor público assumir a proteção integral da saúde implica a criação de um aparato extramercantil em um sistema regulado, em parte, por relações de intercâmbio mercantil. Tal ocorrência interfere diretamente nos processos de mercantilização da saúde, repostos na década de 1990. Esse aparato estatal poderia servir de referência positiva ou negativa - dependendo do ângulo analítico - na construção de um diferencial de qualidade em relação ao setor privado¹²⁵.

Os argumentos anteriores do Ministério da Saúde e da ABRAMGE não colocam em cena a garantia do direito social de atenção à saúde como um estatuto de cidadania, mas a garantia do cidadão consumidor e a redução do déficit orçamentário. Seguindo essa lógica argumentativa cabe primordialmente ao Estado o papel de regulador do mercado

A profunda crise econômica atual, que cada vez mais reduz as possibilidades públicas de atendimento das necessidades sociais de saúde devido à incapacidade dos governos de manejar de forma adequada a relação público-privado, evoca a inquietante análise feita por Claus Offe (1984) sobre as contradições do Estado capitalista. O autor argumenta que o

¹²⁴ Esse processo foi discutido nos Capítulos 1 e 2.

¹²⁵ Além de, no plano político, fortalecer os segmentos populacionais atendidos.

abandono das políticas de satisfação das necessidades sociais só se torna possível eliminando-se os procedimentos democráticos¹²⁶.

Transparece igualmente no discurso do Ministério da Saúde, que a função estatal se situa como um vetor de redução de desigualdades sociais. Essa assertiva deriva da indicação ministerial que de 40%¹²⁷ das famílias brasileiras não apresentam condições financeiras de exercerem as demandas de saúde no mercado e, se houver pressão para a demanda ser exercida,

volta-se para enganosos planos de saúde do tipo aspirina e copo d'água, pelos quais se paga R\$ 10,00 por mês e o maior tratamento possível é para dor de cabeça. Assim, em razão do problema social, a área pública tem que exercer o seu papel relevante no atendimento à saúde (MS - SERRA, 1999, p. 39).

A justificativa utilizada pelo ex-ministro Serra é eminentemente instrumental. A lógica do atendimento público é atribuída a uma falha na distribuição de renda e não decorrente do atendimento universal, de um direito social e de uma imposição constitucional, que deve balizar o ordenamento das políticas sociais nacionais, até uma revisão da Constituição Brasileira.

O presidente da ABRAMGE analisa que a tendência que se verifica nas sociedades atuais é um encolhimento gradual do Estado, com a transferência de atribuições e atividades públicas para o setor privado, ampliando a participação da sociedade na área. Alerta que não se pode exigir da iniciativa privada o atendimento de procedimentos de altíssima complexidade, que são de alto custo, devendo, portanto, serem financiados exclusivamente pelo Tesouro Nacional. Torna-se patente que a pretensão do setor é o que alguns analistas econômicos vêm nomeando como *capitalismo sem riscos*. Há ainda, no discurso da ABRAMGE, a sugestão de que o Estado deveria incentivar financeiramente os empresários e as empresas de seguro saúde¹²⁸, pelo trabalho que vem realizando no setor privado. Essa

¹²⁶ Essa observação, ainda que relacionada aos países consolidados do *Welfare State*, tem sua pertinência no contexto brasileiro, desde que se considere a Constituição de 1988. Por outro lado, o vetor ideológico vem sendo fortemente mobilizado para a desarticulação de um *Welfare State* abrangente e nos moldes universalistas.

¹²⁷ De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, aproximadamente 70% da população brasileira não têm acesso aos planos ou seguros de saúde privados.

¹²⁸ É relevante marcar, em termos de direito social, a distinção entre os seguros sociais e os seguros individuais de saúde. Enquanto os primeiros têm um forte componente mutualista e solidário, sendo mediado por políticas públicas e instâncias decisórias coletivas, os segundos se inscrevem na esfera dos direitos privados. “Os seguros individuais permanecem encobertos por relações nas quais se trocam equivalentes baseados na livre declaração dos direito privado” (BAHIA, 2001).

mesma indicação é encontrada no Relatório de 1993, do Banco Mundial, referido anteriormente.

Esses dados completam as argumentações, ou tópicos, contidos nas matrizes discursivas do Ministério da Saúde e da ABRAMGE. Eles levam a uma atualização dos temas, abrindo o caminho para uma nova racionalidade do papel estatal no ordenamento do setor saúde.

5.2 O reenquadramento da sociedade civil

Entre os autores que vêm tratando da relação Estado-sociedade-mercado nas sociedades capitalistas contemporâneas, Boaventura de Sousa Santos (1999, 1997, 2001) e Claus Offe (1994) vêm apresentando reflexões consistentes sobre as interfaces mutantes dos arranjos sociais e econômicos desse final de século. Recorre-se a essas contribuições para organizar parte do argumento que permite a análise das matrizes discursivas enunciadas pelos sujeitos da pesquisa. Elas tratam das transformações da ordem social contemporânea, do papel da sociedade civil, das conseqüências para os direitos sociais, e, especialmente, do direito à saúde. Igualmente, utiliza-se o apoio teórico de dois outros estudiosos, Esping-Andersen e Vicenç Navarro, que vêm abordando a temática da transformação da proteção social, aprofundando o referencial inicial sobre o *Welfare State* e sua crise, com as conseqüentes reverberações no espaço civil. No Brasil, acolhe-se uma grande parte do aporte teórico de Evelina Dagnino e Vera da Silva Telles. A contribuição de Telles é referenciada na medida em que transita entre a conflituosa e instigante relação entre a sociedade civil e os direitos sociais.

Tendo em vista a pluralidade de concepções sobre a sociedade civil e a relevância do conceito para a análise a seguir, é importante precisar, ainda que de forma concisa, os termos da discussão.

Esping-Andersen (2000), refletindo sobre as economias pós-industriais dos países europeus, considera que os dados não apontam para uma verdadeira crise do Estado de Bem Estar, posição compartilhada por Navarro (2000) e Przeworski (1993). Vem ocorrendo, efetivamente, uma preocupante redução do mercado de trabalho e o aumento das desigualdades. Entretanto, os direitos sociais foram reduzidos em pequena escala.

Esping-Andersen (2000) acentua que o debate sobre a crise se centrou fortemente no Estado, afirmando que, se existir mesmo uma autêntica crise¹²⁹, esta se origina nas interações entre os três pilares que conformam os regimes de bem-estar - o mercado de trabalho, a família e o Estado. Essa afirmação constitui uma via de entrada para situar que a sociedade, ou suas instâncias organizativas, tem matizes polarizadas, inúmeras vezes antagônicas e contraditórias, expressando os interesses que se organizam e dão o “caráter plural, multifacetado e heterogêneo da sociedade civil” (TELLES, 1994). São essas expressões multifacetadas que se exprimem nos sistemas modernos de políticas democráticas, reconhecendo o seu conteúdo ético no Estado, na medida que “promove o crescimento da sociedade civil sem anular os espaços de liberdade dessa [...]” (SEMERARO, 1999, p. 70).

Partilha-se da posição de Semeraro (2002) que, apoiando-se em Gramsci, entende não ser a sociedade civil considerada desde o ponto de vista economicista e liberal, autonomizando-se em relação à sociedade política. Não se reconhece também uma identificação entre Estado e sociedade civil¹³⁰ nos moldes do totalitarismo. Pelo contrário, o autor defende que há um movimento de identidade-distinção entre sociedade civil e sociedade política, sendo a primeira considerada como “o extenso e complexo espaço público não estatal onde se estabelecem as iniciativas dos sujeitos modernos que com sua cultura, com seus valores ético-políticos e suas dinâmicas associativas chegam a formar as variáveis das identidades coletivas” (SEMERARO, 1999, p. 70). É o terreno onde se desenvolvem tanto os valores da liberdade e da responsabilidade como os da opressão e exploração.

O ponto de partida para a análise foi encontrado em Santos (1999) que, ao analisar o contrato social na modernidade, resgata os critérios de inclusão e exclusão, que constituem o fundamento da legitimidade da contratualização das relações econômicas, políticas, culturais e sociais. Revisar essa construção auxilia a compreensão dos direitos sociais e o direito à saúde na perspectiva que vêm sendo analisados.

Considerando sempre que o contrato social tem uma lógica imanente de exclusão/inclusão, a sua gestão assenta-se em três pressupostos, que Santos nomeia como metacontratuais: 1) um regime geral de valores, apoiado na idéia do bem comum e da vontade

¹²⁹ Esping-Andersen (2000), refletindo sobre as economias pós-industriais dos países europeus, considera que os dados não apontam para uma verdadeira crise do Estado de Bem Estar, posição compartilhada por Navarro (2000) e Przeworski (1993). Vem ocorrendo, efetivamente, uma preocupante redução do mercado de trabalho e o aumento das desigualdades. Entretanto, os direitos sociais foram reduzidos em pequena escala.

¹³⁰ “Na dinâmica da sociedade, de fato, interagem ‘forças materiais’ e movimentos ético-políticos que formam um inseparável ‘bloco histórico’” (SEMERARO, 2002, p. 72).

geral; 2) um sistema comum de medidas, baseado na concepção de espaço-tempo; 3) um espaço- tempo que é o nacional, o estatal. São esses pressupostos que organizam, que permitem, através do contrato social, produzir de

maneira normal, constante e consistente quatro bens públicos: legitimidade de governação, bem-estar econômico e social, segurança e identidade coletiva. [...] são, no fundo modos diferentes mas convergentes de realizar o bem comum e a vontade geral. A prossecução destes bens públicos desdobra-se numa vasta constelação de lutas sociais, desde logo as lutas de classe que exprimiam a divergência fundamental de interesses gerados pelas relações sociais de produção capitalista (SANTOS, 1999, p. 88).

A concepção de bem comum e as diferenças entre autonomia individual e justiça social, entre liberdade e igualdade, são resolvidas na esfera da sociedade civil, permeando, em seqüência, as materialidades institucionais que dão sustentação às contratualizações efetuadas. Santos se refere a três grandes constelações institucionais que foram resultado das contratualizações ao longo do tempo: a socialização da economia, a politização do Estado e a nacionalização da identidade cultural. A socialização da economia resultou em, como alguns autores denominam, uma suposta domesticação do capitalismo, com a criação do *Welfare State* e direitos de cidadania. A politização do Estado significa sua intervenção na mediação dos conflitos e na regulação da economia, ou seja, a expansão da capacidade regulatória na garantia estatal das contratualizações. Por último, a nacionalização da identidade cultural que formou os Estados Nacionais. Santos aponta os dois limites dos critérios de inclusão e exclusão intrínsecos ao contrato social: os da própria da natureza e os dos grupos sociais aos quais o trabalho não deu acesso à cidadania.

Atualmente, no plano dos direitos de cidadania, Santos considera que os valores que presidiram sua estruturação não têm mais resistido à fragmentação da sociedade, polarizada pelos vetores econômicos, sociais, culturais e políticos. Não há como “colocar todos no mesmo barco”, como menciona Vianna (1998), ou garantir o *nós inclusivo*, segundo Offe (1984). Os valores da modernidade - igualdade, justiça, liberdade, autonomia - vêm significando “coisas cada vez mais díspares para pessoas ou grupos sociais diferentes, e de tal modo que o excesso de sentido se transforma em paralisia da eficácia e, portando, em neutralização” (SANTOS, 1999, p. 92). As únicas estabilidades mencionadas por Santos são a do mercado e a do consumo, que pairam acima de todos os valores como um ordenador dos demais, razão que torna difícil estabelecer modelos alternativos de desenvolvimento pela

sociedade civil. A regra de *Tina*¹³¹, prevalece, fazendo predominar os processos de exclusão e não os de inclusão nas contratualizações modernas. Essa ação é naturalizada pelos valores atuais: consenso econômico neoliberal, consenso do Estado fraco e consenso democrático liberal, com sua concepção minimalista de democracia. Nesse sentido, a sociedade pode mesmo ser uma parceira, pois não é o campo das lutas democráticas ou o *locus* de construção das vontades coletivas.

As colocações acima permitem entender a posição atual de Offe (1999), quando sinaliza que o *zeitgeist*¹³² tem evidenciado as falácias dos três ingredientes da ordem social, o Estado, o mercado e a sociedade. São seis: a falácia do estatismo excessivo, o engodo do Estado mínimo, a excessiva confiança nos mecanismos de mercado, a limitação excessiva das forças do mercado, o comunitarismo excessivo e o descaso com o comunitarismo. Reconhecer como esses termos e significados se expressam nas matrizes discursivas dos sujeitos da pesquisa favorece o entendimento das tendências sobre o novo papel da sociedade civil e de suas manifestações institucionais.

Coutinho (2002), corrigindo equívocos na apreensão da teoria gramsciana e interpretando o conceito de sociedade civil, alerta que este sofreu um deslocamento conceitual devido ao período ditatorial, tornando-se

sinônimo de tudo aquilo que se opunha ao Estado ditatorial, o que era facilitado pelo fato de ‘civil’ significar também, no Brasil, o contrário de ‘militar’. Disso resultou uma primeira leitura problemática do conceito: o par conceitual sociedade civil/Estado, que forma em Gramsci uma unidade na diversidade, assumiu os traços de uma dicotomia radical, marcada ademais, por uma ênfase maniqueísta (COUTINHO, 2002).

Segundo o autor, essa apreensão enviesada contribuiu para diluir o caráter contraditório dos interesses presentes, que se organizavam em torno de uma luta comum, o fim da ditadura militar. Como consequência, favoreceu a ascensão das forças liberais que foram se fortalecendo ao longo dos anos e apropriando-se, convenientemente, do falso antagonismo contido no conceito para derruir o papel do Estado e fazer a “apologia crítica de uma ‘sociedade civil’ despolitizada, ou seja, convertida num mítico ‘terceiro setor’ falsamente situado para além do Estado e do mercado” (2002).

¹³¹ Offe (1999) relata que a palavra Tina se origina das iniciais de “There Is No Alternative”, idéia proclamada pelos defensores dos ajustes econômicos neoliberais. Em que não haveria alternativas ao modelo econômico globalizado.

¹³² Espírito do tempo.

Os encaminhamentos das políticas sociais brasileiras, em especial as políticas de saúde, autorizam a afirmação de que as reformas que vêm se processando a partir de 1995, detêm um forte componente estatal, ainda que, aparentemente, este não se evidencie. Essas mudanças se complementam com uma renovada função da sociedade civil, agora, na qualidade de parceira e de *pólo de virtude cívica*.

Em meados da década de 1980, o protagonismo das organizações representativas da sociedade civil contribuiu decisivamente para alterar o rumo político nacional, levando a uma nova cidadania. Hoje, contrariamente, o que se vem assistindo é a tentativa de construção de um caminho inverso. Em lugar dos sujeitos portadores de direitos, que se movimentavam em um espaço público construído naquela época, surgem os *parceiros sociais*, que substituem o setor público precariamente e de forma imprecisa.

Encontra-se implícita na idéia das parcerias sociais, uma negação da dimensão política da sociedade civil, eclipsando os interesses em articulação para a conquista da hegemonia. Esse fenômeno leva a uma desqualificação da política e da produção de consensos democráticos entre os interesses convergentes ou de frontal antagonismo aos interesses divergentes. Com essa idealização liberal da sociedade civil, assiste-se o fim da possibilidade democrática ao se negar os antagonismos presentes na ordem social (MOUFFE, 1996).

Toda a matriz discursiva do Ministério da Saúde é a de idealização positiva do papel protetor da sociedade civil, independente de quaisquer particularidades que se identifiquem entre as inúmeras formas societárias encontradas. O discurso do setor público em relação às instituições da sociedade civil é o da cooperação e da transferência de responsabilidade, colocando-as como parceiras confiáveis, conforme se depreende nas afirmativas seguintes:

quero dizer, ao contrário do que pretendiam os setores mais radicais, não discriminamos tais entidades e, mais do que isso, as apoiamos na realização dos investimentos, no refinanciamento de suas dívidas e no pagamento de remuneração maiores por seus serviços, quando se dedicam, também, ao ensino universitário (MS - SERRA, 2000a, p. 32).

Temos perfeita consciência, assim, de que é fundamental recuperar e desenvolver, na área da saúde do Brasil, uma cooperação mais estreita entre o Governo e a Sociedade (MS - SERRA, 2000a, p. 32).

A mesma preocupação com a transferência das ações para a sociedade é reposta pelo próprio presidente da República, para quem,

esta nova ética deverá estar a serviço da formação de novas modalidades de parceria entre a sociedade e o governo: deverá auxiliar, por meio da educação, a

sociedade a organizar-se, de modo que ela se torne mais autônoma e menos dependente de Governos que têm menos recursos (MS - CARDOSO, 1999, p. 25).

A assertiva do então Ministro da Saúde confirma a apreciação de Dagnino (2002, p. 13), de uma “aposta generalizada na ação conjunta, de ‘encontros’ entre o Estado e a sociedade civil” nos anos 1990. Essa posição acompanha um recente desenvolvimento do pensamento comunitarista que predominou nos países capitalistas avançados nos anos 1980 (KYMICKA; NORMAN, 1997). Os teóricos e defensores dessa linha sublinham que a participação política e o mercado não são suficientes para desenvolver as virtudes da civilidade, entendidas como o cuidado e a responsabilidade ativa dos compromissos mútuos. Resgatam a importância das organizações voluntárias da sociedade civil – igrejas, famílias, sindicatos, organizações étnicas, cooperativas, grupos de auxílio mútuo, de vizinhança, de apoio à mulheres - na criação do compromisso mútuo e, conseqüentemente, na atenção aos grupos socialmente vulneráveis.

Kymlicka e Norman (1997) criticam a reificação favorável que vem sendo feita da sociedade civil, como um *semillero* de virtudes cívicas, pela ausência de uma base empírica mais consistente. Contra-argumentam que essas associações cívicas podem ser também lugares de dominação e autoritarismo, de construção de comportamentos subalternos, de intolerância às diferenças e, principalmente, que sempre representam um interesse contrário aos que não as integram.

Não se pode esquecer que o objetivo das organizações voluntárias é restrito e se limita a pôr em prática certos valores e certos bens (KYMICKA, NORMAN, 1977), e isso tem pouco a ver com a questão dos direitos sociais ou da promoção da cidadania. São organizações regidas pela lógica da esfera privada e não do atributo público, o que lhes deve garantir, tão somente, um papel subsidiário e complementar, mas não um papel central na atenção e proteção social. A principal razão para isso é que o estatuto privado não permite um questionamento da ordem pública. Nos termos colocados por Kymlicka e Norman (1997, p. 23):

los ciudadanos liberales deben dar razones que sustenten sus reclamos políticos, en lugar de limitarse a manifestar preferencias o proferir amenazas. Estas razones deben además ser “públicas” en el sentido de que deben ser capaces de convencer a personas de diferentes creencias y nacionalidades. No es suficiente por lo tanto invocar las Escrituras o la tradición. Los ciudadanos liberales deben justificar sus reclamos políticos en términos que sus conciudadanos puedan no sólo entender sino también aceptar como consistentes con su status de ciudadanos libres e iguales.

Transparece na afirmativa do Ministro, colocada anteriormente, as respostas que foram e vêm sendo oferecidas, no plano sócio-político, para a crise do Estado de Bem Estar, notadamente, nos países europeus que adotaram o modelo corporativo de *Welfare State*. Mais recentemente, essa mesma resposta pode ser encontrada na América Latina.

Diversas formas de ação social das empresas privadas, do voluntariado e do novo ente público não-governamental – as organizações sociais – foram incorporadas ao modelo neoliberal de fazer política. Elas partem de um princípio comum, referido por Figueiró (2001, p. 74), de que “através da integração entre os setores econômico, político e entidades civis sem fins lucrativos é possível criar condições efetivas para superação dos problemas sociais que atingem grande parte da sociedade brasileira”.

A partir do novo modelo de implementar políticas sociais, a matriz conservadora parece ser refeita com noções que correspondem ao presente histórico. Essa afirmação pode ser inferida da interpretação de Hésio Cordeiro (2001), quando analisa as reformas recentes dos sistemas de saúde:

a concentração da riqueza e da renda se acentua cada vez mais, ao mesmo tempo em que se difundem ideologias de “um novo humanismo” citando exemplos de como seria possível superar a pobreza pelo voluntariado, as iniciativas da filantropia e a “compaixão” entre as pessoas (CORDEIRO, 2001, p.328).

Convém lembrar que uma das explicações conservadoras para a crise do Estado protetor assenta-se na perda de dinamismo da sociedade civil e no seu progressivo afastamento das funções de proteção social. Tanto é assim, que as recentes interpretações sobre a propalada crise são adensadas para além do aspecto econômico, com a recuperação do papel *protetor* das instituições da sociedade civil nesse processo, nomeadamente nos países com forte orientação religiosa, como Itália, Portugal e Espanha. Ao mesmo tempo que recuperam uma forma mais pragmática de ação coletiva, com padrões mais voltados para realização complementar ou substituição integral de serviços públicos estatais, vão, paulatinamente, reduzindo o potencial político de participação e de construção de uma esfera pública democrática.

O resgate das funções de *ajuda* das organizações filantrópicas é, igualmente, uma sugestão do Banco Mundial, que propõe a transferência da assistência à saúde para as ONGs e setor privado. É o mesmo movimento de transferência dos serviços públicos para a sociedade civil, mas motivado por argumentos distintos: se no primeiro caso a preocupação é com a função socializadora das instituições, como uma forma de recuperar valores tradicionais, no

segundo, o vetor é mais econômico, como uma forma de favorecer o ajuste estrutural da economia e equilibrar os orçamentos nacionais.

A argumentação ético-política do ex-ministro José Serra parece assentar-se na explicação mais conservadora para a crise. A racionalidade presente no eixo argumentativo é a de parceria entre a sociedade civil e o Estado, com a erosão das diferenças de classe e dos aspectos políticos, visto que, aparentemente, são relações entre iguais, sendo que os papéis são vistos como complementares, repousando na cooperação mútua. Dessa forma, o papel desempenhado pela sociedade civil situa-se em adjuvante ao Estado, que repassa à mesma as funções executivas da materialidade das políticas sociais. Esse movimento propicia duas conseqüências, ambas funcionais à nova forma de atenção social. A primeira, anula ou subsume a esfera pública das decisões e posicionamentos contrários ao padrão de ação social prestado. A segunda conseqüência nega a universalidade, privatizando e colocando as ações de proteção social em termos de filantropia. Não se evidencia e não se ressalta os ganhos que são obtidos pelas empresas sociais ou de benemerência, através da renúncia fiscal, a ser analisada posteriormente.

Convém assinalar, para evitar possíveis equívocos, que as organizações que integram o Terceiro Setor na área da saúde, igualmente que nas demais áreas, não podem ser etiquetadas sob um mesmo rótulo. Têm origens e estratégias distintas, e como alerta Midaglia,

és incorrecto identificar estas estrategias alternativas con corrientes políticas específicas, al menos por dos razones fundamentales: en primer lugar, ellas emergen tanto de organismos internacionales de crédito (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo) como de grupos de partidarios con distinta orientación ideológica; en segundo lugar, aunque de manera parcial, estas policies toman en consideración las críticas y resultados de las proposiciones defendidas tanto por la izquierda como por la nueva derecha política (MIDAGLIA, 2001, p. 181).

Em que pesem as distinções, o ponto que as unifica é o da natureza jurídica, que é sempre privada.

A racionalidade que preside o discurso da cooperação e da parceria parece ter como objetivo reconstruir uma solidariedade edificada não sobre a idéia de riscos de classe e intergeracionais, que seriam relacionadas ao direito social ou de um sentido mais radical de cidadania.

Na mesma linha de Kymlicka e Norman (1997), Mouffe (1996) e Dagnino (1994), entende-se que a cidadania é mais que um conjunto de direitos e responsabilidades,

envolvendo um sentido de *identidade política* e de *pertencimento a uma comunidade política*, de uma cidadania ativa no sentido forte do termo, que expressa o *direito a ter direitos* de forma igualitária na definição e invenção de uma nova sociedade.

O apelo identificado na matriz discursiva do Ministério da Saúde, entretanto, sinaliza para dois pólos não opostos, mas complementares: para o lado da solidariedade intrínseca à benemerência e para o da construção de um cidadão consumidor. Não parece levar em consideração que o trânsito da ação pública para a ação beneficente ou a transferência da execução dos programas de atenção à saúde para o plano da sociedade civil recoloca relações entre desiguais, não mais uma igualdade parametrada pela cidadania social.

Fica evidente o chamado emocional quando o ministro Serra (MS - 2000a, p. 42-43) enfoca a questão das campanhas e mutirões, anunciando-as como decorrentes das virtudes mobilizadoras do sistema de saúde:

este tem sido o caso, por exemplo, dos mutirões de cirurgias eletivas: catarata, hérnia, varizes e próstata, além da realização de campanhas nacionais como a de exames e tratamento com laser de olhos de diabéticos. [...] E esses programas têm sido viáveis, bem-sucedidos, por causa da grande cooperação de entidades médicas, alguns casos de forma comovente, como no caso dos oftalmologistas.

O discurso da ABRAMGE segue na mesma linha argumentativa, marcando, ainda, a diferença entre uma atenção beneficente e uma que é oferecida pelo mercado, que seria o modelo de qualidade da atenção médica:

a realidade demonstra que a iniciativa privada, sustentada por investimentos de empresários que pagam planos de saúde para seus empregados [...] e pelas pessoas que pagam seus próprios planos individuais ou familiares representa o sustentáculo da prática médica de qualidade no Brasil (AB - ALMEIDA, 1999, p. 119).

Nessa forma de encaminhamento das graves questões sanitárias, persiste uma atenção pontual e dependente, ou não, do apoio das entidades médicas. O cuidado não tem um padrão uniforme de qualidade e é baseado no apelo solidário, na benemerência e na filantropia, herdeiro da doutrina social da Igreja. Apóia-se assim na herança católica ou, quando muito, em um certo tipo de solidarismo, fundado na caridade ou em um princípio moral. Essa situação põe a intervenção pública em uma outra esfera que não a da cidadania social.

A construção discursiva do Ministério da Saúde tem na solidariedade um *topic* constantemente reiterado, sendo oportuno uma concisa revisão conceitual sobre o tema. O sentido solidário, da forma que vem sendo veiculado e com os significados que vem sendo

adensado pela autoridade governamental se enquadra com perfeição nas atuais tendências de reformas na saúde. Uma interpretação sobre a resignificação da solidariedade é encontrada em Marilena Jamur (1999), que, ao analisar o seu sentido nas sociedades contemporâneas, assinala como o uso do termo veio substituir o de fraternidade. Este fazia parte, originalmente, dos discursos oficiais da revolução de 1789, na França, para se opor à idéia de caridade, que depende da vontade dos indivíduos, estando ausente, nesse caso, uma intervenção obrigatória do Estado para seu exercício. A caridade situa-se como um dever moral, de ordem particular, não sujeita a sanções de qualquer espécie, que não as próprias do “dever ser” moral. O termo solidariedade passa a ser utilizado

por se fundar na interdependência objetiva de todos os membros da sociedade, essa noção serve, ainda, para fundamentar a intervenção do Estado, fornecendo critérios para estabelecer os limites desta, tornando-a aceitável – já que era vista com extrema desconfiança tanto por liberais, quanto por marxistas (JAMUR, 1999, p. 34).

Outros autores, nomeadamente, Pierre Rosanvallon (1981), retomam o sentido original de solidariedade enquanto integrante e determinante das estruturas sociais. Ali, o termo funcionava como um princípio de coesão social, inerente à própria ordem social, e como o cimento que solidificava e proporcionava o sentimento de pertencimento. Rosanvallon (1981) indica que, como um dispositivo para a construção dos direitos sociais, foi sendo imposto um outro sentido à solidariedade, “buscando a via de um novo tipo de relação entre os homens e, a partir do século XVII, se elabora uma doutrina do contrato, na qual o vínculo social resulta de uma instituição voluntária e artificial” (JAMUR, 1999, p. 37). Se a primeira idéia de solidariedade originou a materialidade securitária, a segunda, deu origem a materialidade dos direitos sociais, onde os três pilares que sustentam a reprodução social – o Estado, o mercado e a sociedade - se estruturam de maneira diferenciada. Posteriormente, as reflexões e as respostas oferecidas à gestão dos riscos sociais conciliaram as duas perspectivas.

O recurso à solidariedade ou à cooperação solidária como ponto de partida das ações do Ministério da Saúde (MS - SERRA, 2000), o situa como integrado e em consonância com a revitalização atual do termo. Jamur (1999) recorda que, no plano nacional, a última expressão destacada do termo solidariedade, antes de seu reingresso no debate sócio-político, foi na década de 1950, pela via da Igreja Católica, ligada ao movimento *Economia e Humanismo*. Esse movimento disseminou-se rapidamente pelo país, sobretudo em São Paulo, através de uma de suas sucursais, o *Centro Brasileiro de Economia e Humanismo*, “propondo uma doutrina próxima ao solidarismo (uma terceira via entre o capitalismo e o comunismo

aos quais criticava) e uma metodologia própria para alcançar a ‘economia humana’” (JAMUR, 1999, p. 44). Foi a época da difusão intensa do humanismo cristão, pautado originariamente em Kierkegaard e, posteriormente, em Emmanuel Mounier, onde a singularidade humana tornava o homem o centro da humanidade, sendo que “somente o homem singular vale mais do que a espécie, ao contrário do que acontece entre os animais, onde o indivíduo vale sempre menos que a espécie (NOGARE, 1988, p. 120). O alerta era contra a ameaça do comunismo e do socialismo, que “tendia a dissolver os indivíduos no anonimato e no impessoal”, conforme afirma Nogare (1988, p. 121) ao analisar o pensamento de Kierkegaard.

Posteriormente, Emmanuel Mounier mantém a recusa das soluções totalitárias, a fascista ou a comunista, oferecendo um projeto positivo de reconstrução da sociedade, centrado na pessoa. Não partilhando da solução individualista liberal, Mounier propõe um novo ordenamento sócio-político, partindo do indivíduo. Para resolver a disjuntiva indivíduo-Estado, distingue na pessoa humana dois aspectos – um singular e um social. O homem se subordina ao Estado em seu aspecto singular, entendido enquanto provedor do bem comum, enquanto estiver cumprindo seus objetivos coletivos, sendo legítima a insurreição da pessoa contra o Estado quando este foge ao estabelecido. Em seu aspecto singular, deve ser protegido, podendo ser a Declaração Universal dos Direitos do Homem o dispositivo para essa proteção (NOGARE, 1988, p. 138). A influência de Mounier se deve, especialmente, ao fato da estruturação de uma proposição concreta, fugindo das matrizes idealistas que criticavam as ameaçadoras ideologias comunistas e fascistas.

Atualmente, sem a ameaça do comunismo e tendo o fascismo assumido novas e mais complexas formas¹³³, com a emergência do fascismo societal, a solidariedade é resgatada como a possibilidade de retraimento estatal das funções de proteção social. No Brasil, é mesclada a um ideário católico que permeia as organizações da sociedade civil e que se conjugam, à perfeição, aos apelos do modelo político neoliberal.

O que transparece, na fala do então ministro José Serra (MS - 2000a, p. 33), é essa antiga solidariedade, mesclada ao familismo¹³⁴ e a uma resignificação modernizante do termo:

de fato, o forte progresso econômico do meio século posterior a 1930 e a desaceleração que o sucedeu parecem ter se dissolvido, em grande medida os laços

¹³³ Boaventura de Souza Santos aponta que as novas formas do fascismo societal, são tão ou mais perniciosas.

¹³⁴ Esping-Andersen (2000, p. 66) utiliza o termo familiarismo: “uma política ‘pro família’ implica un intento, cristiano y conservador, de restaurar los valores familiares tradicionales (sea lo que fuere lo que esto significa)”.

de solidariedade social e familiar em nosso país, concentrando toda a atenção gratuita à saúde dos indivíduos cada vez mais nas mãos do Estado, que não tem o vigor e a dedicação necessários para cuidar de tudo.

Esse é o discurso que pode ser encontrado no apelo aos mutirões, à cooperação com as associações filantrópicas e ao constante estímulo aos ideais humanitários e solidários. Estes permeiam todo o discurso ministerial, com o brado de “*um processo de humanização da saúde em marcha no Brasil*” (MS - SOUZA R. R., 1999, p. 4).

Levar o debate e conseqüentes proposições para o lado do humanismo, produz um relevante deslocamento semântico. Neutraliza as clivagens e segmentos de classe, visto que o patamar de partida é uma idéia genérica de homem, o qual pode ser visualizado independente da trama das relações sociais que produzem as tais clivagens e desigualdades. É a possibilidade de naturalizar as diferenças e as exigências de atenção, jogando por terra qualquer relação com a cidadania social. É o que favorece, como diz Telles (1999, p.10),

um mundo sem autores e sem responsabilidades, que parece transcorrer ao largo de um espaço propriamente político no qual os dramas da existência são ou podem ser figurados como questões que dizem respeito às regras da vida em sociedade e exigem, por isso mesmo, o julgamento ético, a deliberação política e a ação responsável.

Quando as referências são os hospitais, a proposição ministerial caminha em dois sentidos. O primeiro, da eficiência e eficácia gerencial, a ser analisado posteriormente. O segundo, o da humanização do atendimento:

em matéria hospitalar, temos também dedicado atenção à questão da qualidade humana no atendimento, que, em castelhano, poderia ser resumida: más calidad y calidez. Por isso, estamos começando a fazer uma experiência piloto de humanização em dez hospitais, aproveitando o que de melhor já se fez nessa área, com psiquiatras e psicólogos à frente, tendo em vista a ciclagem ou reciclagem dos profissionais de saúde. [...] Ao lado da qualidade humana do atendimento nos hospitais, nos preocupamos também, com a eficiência da administração hospitalar no âmbito do SUS [...] (MS - SERRA, 2000a, p. 39-40).

Uma alteração de cunho administrativo gerencial e uma perspectiva humanista no tratamento dos usuários dos serviços hospitalares poderiam servir de anteparo às críticas às situações mais sérias e graves de desfinanciamento do setor saúde, da concentração de recursos hospitalares nas regiões mais ricas do país, entre outros aspectos destacados anteriormente.

Evidente que não há uma recusa ao melhor aproveitamento de recursos financeiros, a um tratamento digno e de alta qualidade para todos e à maior racionalidade no uso dos equipamentos e nos serviços prestados. Tais aspectos, seguindo o ordenamento constitucional, deveriam ocorrer em virtude de uma situação plena de direito social de cidadania e não devido a um sentido de humanidade genérico e abstrato, factível de ser derruído a qualquer momento. Ademais, um outro aspecto bastante perverso é que não são construídos os vínculos de solidariedade social.

O sentimento que vem sendo construído pelo discurso ministerial produz uma isotopia perpassada pela bondade, pela indignação de um tratamento desumano, pelo exemplo comovente dos oftalmologistas, pela humanização das práticas de saúde e pelo compartilhamento de vínculos pessoais de compromisso e responsabilidade. É, em parte, também o conteúdo da matriz discursiva da Pastoral da Saúde (ICAPS, SETEMBRO DE 1998, FEVEREIRO de 1999), dado que se nutre dos fundamentos na doutrina católica, ainda que atualizada sob a nova ética, mas sem deixar de lado um aspecto importante e central na Igreja, o conforto dos doentes. Esclarecendo a posição da Pastoral da Saúde, há evidências que mantêm uma posição crítica à ausência do Estado e às ações que não estão de acordo com o pactuado na Constituição de 1988. A convergência identificada com o discurso governamental ocorre no aspecto da humanização da saúde, entendida como preocupação com o conforto material e espiritual do doente.

O discurso da solidariedade foi reposto nos países desenvolvidos a partir de 1980 e no Brasil, a partir de 1990. Ele deve ser analisado como integrante de uma formação discursiva própria, relacionado a um sistema ideológico, entendido no sentido foucaultiano, como uma força que se confronta com outras forças, construindo uma direção efetiva que orienta ações e decisões coletivas e individuais.

O contexto da reintrodução da idéia motriz da solidariedade é claramente exposto por Jamur (1999), como de

intenso agravamento das desigualdades sociais, de uma agressiva afirmação do neoliberalismo e de seus ataques contra os direitos sociais e a ampliação do campo da igualdade; partindo daí, podemos pressupor que os discursos sobre solidariedade dominantes, estão relacionados com a formação ideológica que se constitui centrada na ideologia liberal: assim sendo, as práticas discursivas não vão na direção de manter e consolidar as dimensões social e política da solidariedade moderna, que se afirmaram juntamente com os direitos sociais dos quais o Estado é fiador e operador. [...] Ao contrário, vão na direção de valorizar as formas pré-modernas de solidariedade (fundadas na moral, religião ou em interesses comuns) e de referendar e legitimar políticas de negação dos direitos sociais que, através de um longo processo, se afirmaram e consolidaram, desde então (JAMUR, 1999, p. 46).

Os conteúdos transmitidos são esvaziados de seu conteúdo político, concorrendo para a transfiguração do Estado como um ente preocupado com o bem comum, em que os direitos sociais são reafirmados retoricamente no discurso, mas qualquer manifestação em relação a sua consecução é descrita como retrógrada e como sinal de lutas ideológicas e políticas ultrapassadas. O discurso da cidadania social é ressignificado na cidadania decorrente do *indivíduo portador de demandas particulares*, ou como assinala Bresser Pereira (1998) *cidadão consumidor*. Nessa perspectiva, são valorizados “os princípios de confiança ativa e do fortalecimento (*empowerment*) entre gerentes e subordinados ou entre as instâncias ligadas à ação pública” (RELATÓRIO SEMINÁRIO DE RECURSOS HUMANOS, 1998, p. 12). Essa transfiguração confirma a afirmativa de Esping-Andersen, no sentido que em sua forma contemporânea,

los regímenes del bienestar liberales reflejan el compromiso político de minimizar el estado, individualizar los riesgos y fomentar las soluciones de mercado. Por tanto, desfavorecen los derechos de los ciudadanos (ESPING-ANDERSEN, 2000, p. 103).

O interesse público, não necessariamente estatal, é representado por agências dependentes do Estado e por organizações, que

com autonomia, se difundem e se articulam entre si e com as entidades da sociedade civil para melhor cumprir sua missão. A este movimento o MARE vem denominando de publicização, ou seja, promover a descentralização ampla dos serviços em benefício da “res pública”, entendida como se estendendo bem além da esfera de ação dos órgãos diretamente estatais (MS - RELATÓRIO SEMINÁRIO DE RECURSOS HUMANOS, 1998, p. 12).

Uma interpretação teórica que cabe perfeitamente sobre a assertiva acima é a de Figueiró (2001). Apoiando-se em Arantes, indica que fica a impressão de um *amistoso compadrio vocabular*, como se ONGS e governo formassem um bizarro sistema de vasos comunicantes, pelos quais os significados dos direitos, da cidadania, da esfera pública e da sociedade civil fossem idênticos.

A sociedade civil, na matriz discursiva da ABRAMGE, é referenciada em dois sentidos. No primeiro, como articulada à responsabilidade social, entendida como “*empresa como boa cidadã, um fator gerador de crédito, construindo-lhe uma boa reputação para conquistar a boa vontade dos públicos de seu interesse*” (AB - 9º CONGRESSO DA ABRAMGE, 2002). No segundo, como a responsabilidade solidária para o enfrentamento da

atenção à saúde em vista da situação de pobreza de grande parcela da população brasileira (ALMEIDA, 2000).

Não é a intenção da ABRAMGE prestar serviços e ações de saúde à população empobrecida, mas atender aos que têm recursos financeiros para manutenção de planos e seguros de saúde, desonerando o Estado para que possa assumir a responsabilidade da atenção ao setor socialmente vulnerável. Nesse sentido, assemelha-se à postura governamental, onde a racionalidade da solidariedade é desvinculada do sentido de direito social, de pertencimento, mas é articulada à questão da pobreza e dos riscos decorrentes da extrema miserabilidade e permeada pelos sentidos da moralidade e da racionalidade filantrópica. Em termos políticos, ainda que sub-repticiamente, define a distinção entre os níveis de cidadania - uma cidadania voltada ao mercado, *status* do cidadão consumidor e a que depende da ação pública residual, restrita e temporária. É um direito restrito em termos de patamares de atenção e de temporalidade, visto que permanece sob a atenção pública até o ingresso no mercado consumidor.

A sugestão é de uma aliança com o setor público,

hora do governo e livre iniciativa darem-se os braços, entendendo-se como aliados, complementando-se, dispostos a modificar o panorama nacional da saúde. Não como competidores. Como aliados (AB - ALMEIDA, 2001, p. 38).

Como analisado anteriormente, essa posição cooperativa não é constante mas se altera na matriz discursiva, evidenciando os conflitos de interesses em situações específicas. A idéia otimista em relação aos mecanismos de mercado como melhor forma de alocar os recursos de saúde, e os atributos que conferem à cidadania, parecem estar relacionados a uma opção de consumo. Essa posição pode ser reconhecida em algumas afirmações do Ministério da Saúde, como a seguinte:

saber, ter consciência de que o serviço público deve tratar com respeito e dignidade cada um dos seus usuários é uma condição necessária para que esses serviços melhorem. Somente no dia em que as pessoas que hoje se sentem de segunda classe tomarem consciência de que não o são, teremos um país e uma sociedade, além de prósperos, mais justos. [...] Essa atitude é essencial numa economia de mercado. [...] Como forçar o bom atendimento? Não tenho dúvida: além de procurar informar-se melhor, ele deve reclamar, protestar. A reclamação, o protesto, é um direito legítimo no regime democrático. Corrige, em certas circunstâncias, do lado do consumidor, os defeitos do mercado (MS - SERRA, 2000a, p. 24).

Esping-Andersen (2000) apresenta o argumento que dá sustentabilidade à afirmação, mostrando que as instituições da sociedade civil não alcançam o propósito de distribuir o

bem-estar. Criticado por não incluir em sua classificação dos regimes de Bem Estar um quarto, que apontasse a relevância do Terceiro Setor, assim justificou sua posição:

como ya hemos dicho, algunos insisten en que, en justicia, la tríada se debería presentar como una tétada, con un cuarto lugar reservado al “tercer sector”, integrado por las asociaciones de caridad, cooperativas y voluntarias. En principio no tengo ninguna objeción, pero en la práctica podría haber una pequeña diferencia empírica. Como veremos más adelante, cuando el papel de estas asociaciones deja de ser meramente marginal es porque están subvencionadas por el estado, es decir, son organizaciones de asistencia semipúblicas (ESPING-ANDERSEN, 2000, p. 54).

A transferência de recursos públicos para o setor privado é relatada pelo então ministro José Serra, ao tecer comentários sobre o a questão público não estatal e o papel desempenhado pela Pastoral da Criança no atendimento à saúde:

aliás, a propósito do público que não é governamental, vale citar uma das ações mais fundamentais (não hospitalares), relativas à mortalidade infantil. No caso, a Pastoral da Criança, da Igreja Católica, que tem 136 mil agentes de saúde e atua nos municípios de mortalidade infantil mais elevada com sucesso extraordinário. Seu orçamento é coberto em quase 90% pelo Governo. Ela tem independência de ação, independência política – às vezes até crítica – mas nós mantivemos e temos reforçado nossa contribuição. Nada mais pertinente do que encarar seu trabalho como público (MS - JOSÉ SERRA, 2000a, p. 33).

Esse mosaico institucional foi altamente valorizado pelo Banco Mundial, no Relatório de 1997, como uma das estratégias para o fortalecimento do setor público. Partindo de algumas experiências bem sucedidas, em contextos sócio-históricos extremamente diversos, generaliza os fatos e valoriza o potencial de alterar resultados na prestação de serviços sociais. O Relatório sugere, explicitamente, que

os governos vêm repassando a prestação de serviços sociais à organizações empenhadas na alta qualidade ou quando podem, devido à sua orientação religiosa ou ideológica, prestar melhores serviços a certos grupos. [...] Na Bolívia, a terceirização da administração de escolhas públicas com uma organização religiosa local está produzindo resultados promissores. O governo da Uganda está formando parcerias com ONG para a prestação de serviços preventivos e curativos de saúde, antes reservada ao setor público (BANCO MUNDIAL, 1997, p.93).

Um encaminhamento dessa natureza complementa o paradigma político de afastamento da esfera pública, além de submeter os usuários aos estatutos das instituições que estão prestando os serviços. Isso anula totalmente as possibilidades de manifestações públicas ou qualquer outro tipo de luta pela garantia de direitos, visto que são vinculados a um outro ordenamento jurídico que não o estatal, que é ainda o único com competência legal para fazer valer direitos estabelecidos.

O que se identifica nas matrizes discursivas do Ministério da Saúde e da ABRAMGE é o retorno ao papel da sociedade civil como responsável pela execução dos programas e serviços de atenção à saúde, através das instituições do mercado e dos dispositivos de parcerias com outras instituições. As organizações filantrópicas da sociedade civil, as OSCIP e o mercado vêm se tornando os *loci* de satisfação das necessidades de saúde, assumindo estas um caráter individual, coerente com a individualização, remercadorização e familiarização dos riscos. Uma segunda consequência, indubitavelmente, a mais crítica para o futuro dos direitos sociais, se refere ao fato que

na medida em que se afirma a importância da sociedade civil como realizadora de propostas políticas, [...] é importante analisar até que ponto estas propostas tendem a esvaziar os ideais de politização dos atores sociais construídos no âmbito da reemergência da sociedade civil (FIGUEIRÓ, 2001, p. 82-83).

5.3 Uma esfera pública em perigo

As alterações políticas, econômicas e sociais das últimas três décadas impuseram, de forma inequívoca, um novo olhar sobre os direitos políticos e os econômico-sociais, sobre a esfera pública. Após sugestivas alusões a países onde se encontravam sociedades igualitárias, ou com níveis residuais de desigualdade, que se convertiam em um exemplo possível a ser seguido pelos países em desenvolvimento, há uma preocupação com o futuro incerto, e não mais tão róseo, entre as democracias consolidadas do continente europeu. Como afirma Esping-Andersen (2000), o Cavalo de Tróia do Estado de Bem Estar traz, atualmente, um pacote de riscos que atinge as pessoas em idade mais jovem e a sua superação exige um aparato institucional de atenção às necessidades básicas que precisa urgentemente ser previsto. São questões que têm um fundamento econômico mas as soluções passam pela esfera política. É justamente o componente político que parece ter se diluído, em grande medida, com a ascensão desmesurada do mercado e a emergência de um Estado fortalecido no novo ordenamento social.

Após a veiculação intensa de notas de imprensa, entrevistas na mídia e um arsenal de informações através dos mais variados meios anunciando a forte expansão do mercado em substituição aos mecanismos mais tradicionais do *Welfare State*, verifica-se que houve muito exagero e mais retórica do que realmente alterações significativas. Esping-Andersen (2000, 2001) e Vicenç Navarro (2000a) apresentam dados da OCDE comprovando essa afirmação.

As alterações indicadas ocorreram no interior dos países capitalistas ocidentais, com um relativo diferencial de temporalidade entre os centrais e os situados na periferia do sistema, atualmente mundializado. Mesmo entre os países centrais, algumas distinções podem ser observadas, recuperando-se tradições e formas de organização sócio-política que influenciaram a estruturação inicial dos dispositivos de bem-estar. Conforme analisado anteriormente, as transições afetaram o desempenho do Estado, o papel e as funções sócio-institucionais da sociedade civil, bem como sua relação com o poder público. Nesse processo, assistiu-se a expansão das fronteiras do espaço privado, do espaço particular e a redução do espaço público e da esfera política.

Em relação aos direitos sociais e econômicos, o potencial político de mobilização dos ideais de justiça social, em suas diversas acepções, perdeu o impulso instituinte em qualquer das propostas que, em algum momento, propuseram ou estiveram ligadas ao sentido de mudança (OFFE, 1999). O autor esclarece que

isso se aplica particularmente a qualquer noção de progresso que envolva, como uma vez envolveram a teoria da modernização liberal, o marxismo revolucionário ou o zelo missionário da cristandade, uma noção universalista de fins desejáveis, na direção dos quais a história deveria se mover e poder realmente ser encaminhada por agentes históricos constituídos (OFFE, 1999, p. 126).

Analisando a época atual, a qual designam como a *nova era das desigualdades*, Fitoussi e Rosanvallon (1996) alertam que a resignação impera, gerando o abandono da política, provocando e acentuando as desigualdades sociais. Em países que apresentam um desenvolvimento democrático tardio, com uma relativa fragilidade institucional, retomou-se comportamentos políticos de épocas antecedentes, como o retorno do populismo e do patrimonialismo, sob a capa de uma suposta democracia.

Frente a uma nova reordenação econômica, o espaço da reprodução social no interior dos países é revisto devido ao fato de que muitas das instituições ou arranjos institucionais que cumpriam a função de atender as necessidades e de manter a coesão social estão em crise. Também se acena, com a suposta perda da validade e da pertinência dos mecanismos democráticos para a tomada de decisões, seja para a alocação de recursos ou para as práticas distributivas.

Várias explicações são oferecidas no sentido de interpretar esse momento que vem sendo nomeado como crise, como transformação de paradigma produtivo ou um novo padrão sócio-cultural. Em qualquer das etiquetas, se identifica o papel protetor desempenhado pela

rede civil e um outro perfil das instituições democráticas. Essas abordagens interpretativas foram debatidas, no limite dos objetivos deste estudo, no primeiro capítulo e serão retomadas à medida da exigência analítica.

Offe (1999, p. 127) questiona quais as instituições que devem ser reformuladas e em que sentido vêm sendo reformadas para fazer “o que precisa ser feito”? Há o reconhecimento¹³⁵ que o Estado, o mercado e a comunidade são as instituições que garantem, em última instância, a vida e a coesão social, ou seja, são os modos que viabilizam o viver e o interagir entre as pessoas, para a reprodução da vida social. A reprodução da sociedade depende da interação entre três capacidades, coletivamente relevantes, postas em ação pelos homens para a alteração do mundo e da vida: a razão, o interesse e a paixão (OFFE, 1999).

A razão é o que permite aos homens estabelecerem o que é bom para todos. Contratam, entre si, pela *via democrática*, o ordenamento social em que querem viver, sendo o Estado o substrato ético-político dessa razão humana no mundo moderno. O mercado é movido pela dinâmica dos interesses dos agentes na aquisição e troca de bens, com nenhuma ou com escassa preocupação com as conseqüências positivas ou negativas para o futuro. Rege-se por uma lógica própria, por um ideal de liberdade que, aparentemente, o autonomiza em relação às demais instâncias. A ordem social para se manter, exige e se beneficia das obrigações e direitos dos seus integrantes. O liame que integra os membros dessas comunidades é a paixão humana (como amor, honra, orgulho ou crença). É o que favorece um sentido de identidade, “nosso sentimento de pertencimento e o compromisso com um modelo ético que informa nossos projetos de vida” (OFFE, 1999, p. 128-129).

Nesse eixo argumentativo, o *Welfare State* significou, em seu tempo, uma opção pública e coletiva, do nível de compatibilização entre o Estado, o mercado e a sociedade. Fitoussi e Rosanvallon (1996)¹³⁶ apontam que foi uma forma específica de ordenamento dessas instituições para o atendimento das necessidades sociais quando o compromisso da solidariedade social substituiu, em grande parte, o aparato jurídico-institucional.

¹³⁵ De forma similar, Esping-Andersen (1994, 1995, 2000) e Navarro (2000b), entre outros autores, creditam a satisfação das necessidades sociais ao mercado, ao Estado e à sociedade (ou comunidade). O que difere nas análises é o papel e o arcabouço institucional que as mesmas operam, bem como o papel do Estado e o papel desempenhado pelos dispositivos de solidariedade *versus* mercado.

¹³⁶ Fitoussi e Rosanvallon argumentam que a solidariedade que ordenou o *Welfare State* substituiu, em grande parte, os dispositivos contratuais mais relacionados a uma sociedade de mercado. As circunstâncias derivadas do período pós-guerra favoreceram a construção do sentido de pertencimento, o “nós inclusivo”, indicado por Offe (1984).

No entanto, a complexificação das necessidades sociais vem marcando o debate atual sobre a questão, nos países capitalistas democráticos. A complexificação está aliada à progressiva proeminência do mercado como o *locus* de satisfação das mesmas e ao gradativo afastamento do ideal de igualdade social, um dos princípios estruturantes do Estado de Bem Estar. O sentido de pertencimento, de coesão social, vem cedendo espaço a comportamentos orientados pelo vetor individual, sendo que as lutas políticas, nesse tipo de encaminhamento, se limitam a manter as garantias conquistadas e a não interferência estatal na esfera privada.

Por outro lado, segundo Offe (1999), a mesma complexidade contemporânea impõe que desenhar e defender relações entre o Estado, a sociedade e mercado exige aceitar um desenho processual, a capacidade de inventar, implementar e tolerar as diversas opções garantidas pelo comportamento cívico e pelos recursos políticos. O autor alerta que insistir em qualquer outra forma de imposição do ordenamento social, tipo “doutrina governante”, “linha correta” ou “Consenso de Washington”, é “silenciar a voz democrática clamando por uma compreensão superior e privilegiada da realidade”, é fazer valer a “regra de Tina”, mencionada anteriormente, desqualificando a esfera da cidadania política. Tais argumentos eliminam, *in totum*, o reconhecimento da esfera pública como a necessária para julgar os conflitos de interesses e as opções disponíveis e corretas para a atenção aos direitos sociais, para definir os limites do Estado e do mercado. Anulam a concepção que “a relação e a demarcação da linha entre mercado, Estado e comunidade é ela própria, uma questão de política” (OFFE, 1999, p. 132). A argumentação caminha pela linha de outras racionalidades que não a do ideal de igualdade social, e compõe uma mescla de razão técnica, cooperação solidária e pretensa homogeneização dos interesses. Operacionalmente, significa a busca de outros mecanismos para garantia da ordem social, sendo que, nesse processo, se assiste ao progressivo retraimento do Estado e a ascensão de um comunitarismo revigorado, ou o que vem sendo denominado de *liberalismo comunitário*¹³⁷.

No Brasil, como nos demais países capitalistas, a área da prestação dos serviços de ações relativos à satisfação das necessidades sociais com direito de cidadania, nos termos constitucionais, vêm sofrendo uma reversão conceitual em que os *topics* da Reforma do Estado inovam na forma jurídica do *público não-estatal*. Opera-se, assim, uma alteração

¹³⁷ Amitai Etzioni (2002), sustenta que o liberalismo comunitário é uma união entre ideais do liberalismo clássico. Preocupa-se em definir as regras gerais de convivência com o neo-comunitarismo, que coloca novos valores na escala do liberalismo. Afirma que vem amadurecendo uma nova ordem que coloca limites no paradigma utilitarista mercantil, sob as bases orientadas da sociedade, sem ou com interferência mínima do setor público.

semântica complexa, onde a *res pública* não é mais responsabilidade do Estado, tornando a esfera pública difusa, cuja construção foi uma das bandeiras de lutas de parcelas da sociedade civil na década de 1980. Nessa linha teórica, a sociedade civil que “mantém estreitos vínculos com o modelo neoliberal” (DAGNINO, 2002, p. 293) é um espaço consensual, onde as diferenças são extintas, com a emergência do cidadão consumidor e a redução da cidadania social, que pode ser obtida unicamente através de uma esfera pública consolidada.

A publicização, ou a construção de uma esfera pública onde os interesses diversos são compatibilizados através de procedimentos democráticos, é resignificada como descentralização, que não traduz mais o que preconizava a Constituição. A descentralização das ações e serviços de saúde para os níveis subnacionais é transfigurada em ações e serviços além da esfera estatal, protagonizados pela sociedade civil, mais especificamente, pelas organizações do Terceiro Setor. É o ideal comunitarista revigorado como o factível de ordenar a atenção social básica com mais competência que o Estado, sendo que os bens meritórios são alocados pelo mercado.

Nesse trânsito, o termo publicização, cunhado originalmente como referência à construção de um espaço público de resolução dos conflitos de interesses, foi adquirindo um novo sentido, construído pelos idealizadores da reforma do Estado ajustada ao mercado. Assiste-se, assim, a duas ordens de transfigurações, ambas levando à retração da esfera pública e à diluição da idéia dos direitos sociais, que por sua vez, exige a ação estatal para sua garantia.

O então ministro José Serra (1999b, 2000a,) afirma que nem tudo que é público é estatal, confirmando posições do presidente da República e do ex-ministro Bresser Pereira (1997a, 1997b, 1998) e perfilhando-se às já mencionadas orientações normativas do Banco Mundial (1993, 1997). Fazendo eco ao discurso do núcleo duro do poder governamental, toda a matriz semântica analisada segue essa linha, com os *topics*: parcerias, sociedade civil como *loci* dos serviços de atenção básica, transferência para o mercado de parte da demanda, solidariedade, público não-governamental, solidariedade em economia de mercado, cordialidade e civilidade.

A diluição das fronteiras do espaço público, aliada à tendência da sociedade capitalista de fragmentação das consciências individuais, dificulta a formação de uma cultura política voltada à cidadania social. Para tanto, contribui o tipo de *topic* apresentado pelo Ministério da Saúde no sentido de trabalho cooperativo, solidário, com o constante apelo ao indivíduo, através das cartas ministeriais, do *Disque Saúde*, do contato personalizado. Igualmente, os

acenos de “mobilização da sociedade pela saúde”, do “respeito ao usuário”, do “processo de construção da cidadania de cada indivíduo”, a reclamação e a resposta individualizada (SERRA, 2000a, p. 16, 24, 25).

O risco da redução da esfera pública, concretizada de forma expressiva, mas não somente através dos Conselhos de Saúde, vem sendo intensamente alardeado pela CNTSS/CUT (1998a, 1998b) e CUT (2000):

a saúde é um assunto tão importante que não pode ficar apenas nas mãos dos profissionais de saúde. A luta por saúde é uma luta pela melhoria da qualidade de vida e deve envolver todos os setores [...]. Hoje, em muitos locais o SUS foi democratizado, em outros não. Predomina ainda um Conselho manipulado e uma Secretaria de Saúde clientelista. Há ainda lugares onde a repressão aos conselhos é forte, pois esses se opõem aos desmandos na saúde. [...] Devemos decidir no conselho o que é necessário para melhorar a saúde da população e garantir que essas decisões sejam cumpridas [...] (CN – CNTSS/CUT, 1998b, p 4, 14, 15).

Essa situação é ressaltada também no Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde. Apesar de ser reconhecido que “houve um avanço significativo no controle social do SUS nos últimos anos, como fruto de intensas mobilizações e lutas, o que contribuiu para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde” (XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p. 48), persistem impedimentos diversos à plena realização do controle social. Um dos pontos mais destacados foi a falta de autonomia frente ao poder executivo, além de outros, como a falta de compromisso político dos gestores, a ausência de uma cultura de controle social, a desarticulação institucional dos Conselhos, as deficiências na representação e a dificuldade em manejar as informações em saúde.

O viés formal e institucional dos enquadramentos democráticos nem sempre é suficiente para garantir uma democracia participativa, conforme, originariamente, proposta na Constituição. Essa constatação, reiterada no Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, pode ser interpretada com o auxílio das reflexões de Adam Przeworski (1999), a partir da análise da relação entre o Estado e o cidadão¹³⁸. Não tendo como objetivo aprofundar questões relativas à cultura política, a intenção é, tão somente, fornecer algumas indicações que possibilitem visualizar os desvios constitucionais que vêm sendo identificados.

¹³⁸ O texto *O Estado e o Cidadão*, de Adam Przeworski (1999), foi apresentado originariamente em um Seminário Internacional sobre Reforma do Estado e Sociedade, promovido pelo então Ministério da Administração e Reforma do Estado entre 16 e 18 de maio de 1998.

Przeworski (1999) parte de uma questão aparentemente simples, de por que o Estado aplica ou faz respeitar desigualmente a lei em algumas democracias latino-americanas e em outros continentes. O autor repõe e reflete sobre os mecanismos usados para a garantia dos direitos políticos, para além das democracias diretas ou representativas. Pontua ainda que os Estados devem obedecer as leis e exercê-las ao mesmo tempo. Indica que os direitos dos cidadãos nas democracias podem ser efetivados pela utilização de dois mecanismos institucionais: os *horizontais*, que seriam as “instâncias institucionais de controle e avaliação (*checks and balance*) mútuos entre os diferentes níveis de governo”; e os mecanismos *verticais*, que são “aqueles através dos quais os cidadãos exercem controle sobre as ações do governo” (PRZEWORSKI, 1999, p. 327).

Entre os mecanismos verticais, que são os que mais dizem respeito à questão discutida, cita a eleição e, especialmente, a democracia participativa, capaz de contrabalançar uma série de dificuldades verificadas, como a influência financeira nas eleições, por exemplo. Por outro lado, tece uma severa crítica às formas participativas de controle do Estado, visto que muitas vezes fortalecem mais os interesses particularistas que os interesses comuns. Essa é uma prática que o Relatório da XI Conferência Nacional (2000) denuncia: a existência de Conselhos de Saúde que são meros simulacros das vontades coletivas, em que as negociações são permeadas por zonas de sombra devido à falta de informações sistemáticas e autonomia técnica e política dos conselheiros para manejá-las. O autor menciona que não se têm clareza de quais formas de participação seriam efetivas, dado que

arranjos de participação são susceptíveis de ser capturados pelos interesses que supostamente deveriam controlar. Arranjos corporativos promovem os interesses específicos da corporação. [...] E todas as formas de “democracia participativa” podem tanto aumentar como diminuir a igualdade de acesso (PRZEWORSKI, 1999, p. 346).

Vem ocorrendo em muitos Conselhos de Saúde o que Przeworski (1999, p. 354) chama de um “novo monstro: democracia sem cidadania efetiva” e o que O’Donell classifica de “cidadania de baixa densidade”. Carvalho (2001) denuncia essa situação no Conselho Nacional de Saúde e Gerschman (2000), em Conselhos Estaduais. São reproduções imperfeitas de procedimentos democráticos que servem de guarita a uma pretensa ordem democrática que, entretanto, não sustentam um olhar mais penetrante.

Em torno desses aspectos, cruciais para a construção da esfera pública, Danigno (2002), em publicação recente, resgata a importância de não olhar a representação

participativa em termos antagônicos, desvinculada de um cenário histórico, de construções sócio-culturais, pois

as continuidades autoritárias e conservadoras que reproduzem a exclusão brasileira estão longe de estarem confinadas no aparato do Estado e certamente respondem a interesses enraizados e entrincheirados na sociedade civil (DANIGNO, 2002, p. 282).

A partir da argumentação de Dagnino (2002) e de Przeworski (1999) pode-se inferir que o *déficit* democrático na América Latina se deve à fragilidade do Estado em cumprir a legislação. Deve-se também à reduzida cultura política que não vocaliza, em todos os momentos, a importância da construção de uma esfera pública real, com todos os atributos a ela pertinentes, principalmente a simetria de informações.

A CNTSS/CUT (s/d, 1998a, 1999, 1998d) mantém a posição de autonomia das organizações representativas da sociedade civil face ao Estado, exercida através do controle social dos Conselhos de Saúde sobre o poder público. Vem, sistematicamente, denunciando a redução dos espaços do controle social e da esfera pública, como por exemplo, o desenho das Agências Reguladoras. Alerta contra uma expansão desordenada e incontrolável das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIPs, que assumem a função pública sem ter um estatuto que garanta o acesso aos bens e serviços à população de forma igualitária e universal.

Por outro lado, a CNTSS/CUT não demonstra confiança suficiente no Estado para apoiar os contratos de gestão, como vêm sendo propostos os termos das parcerias. Na tese apresentada à XI Conferência Nacional de Saúde (2000), a Confederação indica que a questão central é o debate e a definição de ações capazes de viabilizar um efetivo controle social na saúde. A Carta da XI Conferência sinaliza para o mesmo sentido.

A leitura da CNTSS/CUT é altamente crítica sobre o que vem ocorrendo com o controle social. As propostas para a reversão da situação incluem a ampliação das condições que permitam o efetivo exercício do controle e o acompanhamento das ações e serviços de saúde. A instituição alerta para a necessidade do cumprimento das leis e para o estabelecimento de penalidades aos gestores que não cumprirem suas obrigações. Propõe a intensificação de consultas aos usuários como estratégia contínua e sistemática de avaliação da política de saúde. Exige que a autonomia do Conselho seja garantida através de orçamento próprio e infra-estrutura administrativa, jurídica e de comunicação social (CN - CUT, TESE À XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000). Repõe a necessidade de capacitação

de conselheiros, proposta encampada pelo Ministério da Saúde, que alocou recursos financeiros no PPA para tal encaminhamento, alertando que a ação educativa junto aos Conselhos deve ser pautada em metodologias acessíveis, baseada nos problemas concretos (CN - CUT, TESE À XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

Por sua vez, o discurso ministerial acena com o fortalecimento das instituições representativas da sociedade, aparentemente homogêneas, considerando como tais, as associações do Terceiro Setor, o que chama de voluntariado social (MS - INFORMESAÚDE, 2000, Ano IV, n. 45). Valorizando, sobremaneira, essas associações, não parece partilhar da opinião de Przeworski (1999) a respeito das mesmas:

e não se deveria esquecer que a mais poderosa das ONGs em nossa sociedade são lobbies of business: não parece ser tão “sublime” chamar de “lobby” as ONGs, mas é exatamente isso que elas são. Assim, por mais que seja evidente a necessidade de um controle público mais direto e extensivo sobre as ações do governo, nenhuma solução pronta e bem estruturada tem sido vista (PRZEWORSKI, 1999, p. 346).

Em termos de ameaça à esfera pública, e conseqüente afastamento de qualquer possibilidade de garantias de direitos sociais ou o direito à saúde, o comportamento do Ministério da Saúde anula as divergências e também a possibilidade da expressão antagônica, necessária para a cultura democrática. O argumento da pretensa uniformidade da sociedade civil, da possibilidade de ação cooperativa entre o poder público e associações filantrópicas, da viabilidade de homogeneização de interesses em projetos políticos diferenciados de atenção à saúde vai minando a formação de posições contrárias e obscurecendo as capturas mencionadas por Przeworski (1999). No mesmo movimento, Dagnino (2002) sugere cautela com a complementaridade entre o Estado e a sociedade civil no espaço dos Conselhos. Marcando a distinção entre compartilhamento de um projeto político e a complementaridade, sinaliza que se o primeiro permite a expansão da cidadania, o segundo deve ser entendido

como uma estratégia do Estado para a implementação do ajuste neoliberal que exige o encolhimento das suas responsabilidades sociais. Nesse sentido ela faz parte de um campo marcado por uma confluência perversa entre um projeto participatório, construído, a partir dos anos 80, ao redor da extensão da cidadania e do aprofundamento da democracia, e o projeto de um Estado mínimo que se isenta progressivamente de seu papel de garantidor de direitos. A perversidade está colocada no fato de que, apontando para direções opostas e até antagônicas, ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva (DAGNINO, 2002, p. 288-289).

Ao defender uma distinção absoluta entre Estado e sociedade, com base em determinações estruturais, não se reconhece uma relação de oposição *natural*, “a conhecida e

bem difundida visão da sociedade civil como ‘pólo de virtude’ e do Estado como a ‘encarnação do mal’” (DAGNINO, 2002, p. 281). Apoiando-se em estudo recente (2002), a autora chama a atenção para o fato de que as relações estabelecidas entre ambos são sempre tensas e permeadas pelo conflito, maiores ou menores, dependendo do quanto compartilham e divergem em relação aos projetos comuns, ou pelo menos definidos como tais. Nesse sentido, a noção de *projeto político* é importante para marcar as diferenças e convergências que estruturam a relação, não se caindo também no equívoco de uma linearidade de “lógicas de ação”. Pelo contrário, como pontua Dagnino (2002, p. 281),

a clivagem estrutural entre Estado e sociedade civil não é suficiente para entender as suas relações e deve ser combinada com outras clivagens que não necessariamente coincidem com ela, mas a atravessam.

Analisando a relação dos Conselhos de Saúde com o Ministério da Saúde, sob outro ângulo, pode-se afirmar que vem ocorrendo uma restrição nas competências originais. Ainda que, reiteradamente, o Ministério da Saúde acene com a importância dos Conselhos, objetivamente limita sua responsabilidade ao controle da execução das ações, uma vez que há definição prévia dos programas, que são fortemente verticalizados e com alto grau de detalhamento operacional, conforme analisado no item 6.5.

O Relatório da XI Conferência Nacional (2000, p. 48) repõe um aspecto nodal da competência dos Conselhos de Saúde:

de ser um espaço que deve sempre questionar se estão sendo respeitadas as diretrizes do SUS frente a cada iniciativa do sistema: garante-se o acesso universal, a integralidade do sistema, a equidade na alocação de recursos? o controle e a participação sociais? que fonte paga a iniciativa, qual o custo/benefício da mesma? Deve ser exercido mesmo nos debates técnicos, como o referente ao cartão do SUS.

Conforme indicação da CUT (2000) e do Relatório da XI Conferência de Saúde (2000), o Ministério da Saúde não tem tomado medidas adequadas e pertinentes às denúncias de desvios localizados na erosão da esfera pública e no descumprimento constitucional. Essa observação é relatada, igualmente, em Carvalho (2001).

Um outro procedimento do poder público que vem acarretar a redução do controle social é o referente à forma de implementação e ao desenho das agências reguladoras. O formato e a natureza das agências, mais do que em seu aspecto técnico-administrativo e jurídico, merecem uma análise no plano político, uma das dimensões que interfere fortemente na definição e alcance dos direitos sociais. Ao instituí-las como agências reguladoras, com

autonomia quase absoluta, retira parcela do controle social, reduzindo o espaço de interferência da democracia participativa, que foi e é uma inovação política e um diferencial no SUS.

Ao colocar a aprovação de seu *staff* diretivo sob a responsabilidade do Senado Federal, concedendo autonomia das instâncias decisórias e do controle da saúde, reforça o poder técnico, reduz a transparência e a visibilidade das decisões, desarticula uma esfera pública em construção, conforme preconiza a Constituição Federal. Esse desenho facilita o estabelecimento das *alianças, dos acordos de cooperação, de parceria* entre o poder público e o privado, que é o entendimento da ABRAMGE sobre a relação entre ambos, “*como aliados. [...] Estabelecida essa aliança, certamente o Estado poderá ter melhores condições de se aprofundar nas ações básicas*” (AB - ALMEIDA, 2001, p. 38).

Bahia (2001a) aponta que o desafio para construir uma regulação pública adequada deve incluir um amplo debate sobre a relação público-privado no setor saúde, o que não ocorreu e nem vem ocorrendo. Faz uma observação fundamental que recolocaria os termos da questão no âmbito do SUS, qual seja, o reordenamento da racionalidade privada para a racionalidade da gestão dos bens públicos não pode se afastar das políticas direcionadas ao provimento e distribuição dos serviços públicos (BAHIA, 2001a) e nem dos controles constitucionalmente instituídos para tanto.

Na matriz discursiva do Ministério da Saúde como um todo pode-se identificar a preocupação mais intensa com a evidência de resultados do que com comprometimentos democráticos legais.

A emergência da sociedade civil, abstrata e supostamente uniforme, provoca a diluição de qualquer movimento reivindicatório em termos de direitos de cidadania. Paradoxalmente, essa urgência leva à paulatina desqualificação das ações políticas, visto que a esfera pública vem sendo anulada e se tem, de um lado, um Estado forte e legitimado por parcelas de uma sociedade civil, no qual os interesses de classe foram substituídos pelo discurso das parcerias e cooperação; de outro, organizações representativas de interesses divergentes que se fragilizam cada vez mais.

Przeworski (1993), ao analisar o estilo de formular políticas públicas dos modelos neoliberais, contribui para esclarecer o que vem ocorrendo na área dos direitos sociais e direito à saúde. Aponta que, devido aos seus altos custos sociais, as reformas tendem a ser

iniciadas a partir dos níveis superiores do governo, prescindindo das consultas públicas e sem a participação das forças sociais organizadas. Assegura ainda que

o estilo político de implementação tende no sentido do governo por decreto; os governos tentam mobilizar suas bases de apoio, ao invés de aceitar os compromissos que resultariam de uma consulta pública. [...] No final, a sociedade fica sabendo que pode votar mas não escolher. [...] O caráter autocrático dessas reformas “estilo Washington” ajudam a minar as instituições representativas, a personalizar a política e a engendrar um clima em que a política fica reduzida a trapaças, ou então inflada numa busca de redenção (PRZEWORSKI, 1993, p. 224).

Tanto foi reduzida essa esfera pública, que um percentual muito restrito das organizações e forças políticas da sociedade civil brasileira, relacionado ao setor saúde, acompanha as alterações que vêm se processando, a partir de 1995, sempre através das legislações infraconstitucionais. É fato que um acompanhamento pontual torna fragmentária a apreensão, dificultando a identificação dos nexos que orientam as alterações.

No plano da esfera política, sob outra perspectiva, o caráter individual de satisfação das necessidades sociais tem levado a uma preocupação que é central no debate da cidadania, segundo Jordi Borja (2001) e Chantal Mouffe (1996). Hoje, o ponto nodal é como construir nas sociedades pós-industriais um sentimento de pertencimento, de identidade, no qual os seus integrantes se reconheçam e se sintam integrados, visto que se verifica um *déficit* de adesão dos cidadãos ao conjunto da comunidade.

Não se pode esquecer que durante a construção do SUS, a alta mobilização popular e a possibilidade de construção de um projeto político coletivo animou e fortaleceu os sujeitos políticos envolvidos, garantindo, de uma forma mais ou menos consensual, a adoção do sistema como projeto nacional. Nos últimos anos, identifica-se um refluxo na movimentação política e é justamente o risco que preocupa os estudiosos, dado o *déficit* de adesão e a dissolução dos laços sociais, da cidadania social.

Chantal Mouffe (1996) alerta para a contribuição negativa que os discursos morais em voga, contrapondo-se aos discursos políticos, oferecem ao processo de fragilização da cidadania social. O discurso moral, quando aplicado ao campo da política, reduz-se a um processo de negociação racional entre interesses particulares, visto que são pertinentes à esfera privada, não havendo interferência do Estado sobre a mesma. Os discursos políticos exigem uma aglutinação de interesses, a construção de um sentido de partilha de ideais comuns, que é criado através de uma ação específica coletiva, continuamente revisada e atualizada. Nos discursos morais, as diferenças,

os conflitos, as relações de poder, as formas de subordinação e repressão desaparecem e somos confrontados com uma visão tipicamente liberal de uma pluralidade de interesses que podem ser regulados sem necessidade de um nível superior à decisão política e do qual a questão da soberania é retirada (MOUFFE, 1996, p. 70).

No eixo da moralidade e da suposta identidade de interesse, a construção do discurso da solidariedade e da cooperação favorece e viabiliza a redução da cidadania social expressa na satisfação coletiva das necessidades sociais e do direito universal e igualitário à saúde. O único anteparo seria a contraposição através do discurso político, que vem sendo anulado em nome da suposta inevitabilidade das reformas orientadas para o mercado.

5.4 O retorno da família nas reformas incrementais do setor saúde

A crise do Estado de Bem Estar e as conseqüências na atenção às necessidades sociais repõem a ascensão da família, como uma das soluções centrais para a superação do impasse, além de provocar o reenquadramento da sociedade civil, no plano dos valores sócio-culturais e políticos. Isso ocorre particularmente em países onde não só os valores familiares tradicionais têm um peso significativo na formação cultural, como também esses valores forneceram as bases estruturais que determinaram o tipo de Estado de Bem Estar implementado.

Refazer o movimento para apreender porque a família é hoje colocada como instituição privilegiada nas reformas de saúde no Brasil e em outros países com padrões sócio-cultuais semelhantes favorece o entendimento do objeto de estudo em questão. De certa maneira, essa abordagem permite integrar o *puzzle* que foi sendo construído nos últimos anos no Brasil. Permitiu, igualmente, identificar a racionalidade que presidiu o padrão adotado nas políticas nacionais de saúde, particularizando um modelo de atenção básica cuja centralidade absoluta repousa na família.

O grupo familiar se constitui um elemento de primeira grandeza em sua capacidade de reindividualizar os riscos e favorecer a redução do papel estatal na provisão do bem estar. Tal contraria a edificação de uma atenção à saúde com base na cidadania social, como a análise a seguir busca evidenciar.

A questão da família aparece com grande insistência na matriz discursiva do Ministério da Saúde, principalmente através do Programa da Saúde da Família, o eixo

estruturante da política nacional e o grande responsável pela atenção básica. A importância do programa é invariavelmente reiterada, sendo a estratégia empregada para mudar o modelo de atenção. Destaca-se, especialmente, o investimento feito na contínua divulgação do PSF e os esforços para a rápida implementação em todo o país, como será analisado no capítulo 6.

No cenário atual, em que há um forte interesse em reindividualizar os riscos, a família assume um significado crucial. Esse aspecto vem sendo interpretado por vários estudiosos, entre os quais Esping-Andersen (1994, 2000), Saraceno (1996), Sgritta (1988), Navarro (2000), Bermúdez (2001) e Mioto (2001).

De acordo com Esping-Andersen (1995, 2000), a herança conservadora é identificada igualmente nos países da Europa Meridional. As explicações para o retorno desse fenômeno podem ser encontradas nas origens ideológicas e políticas que arquitetaram as instituições dos *Welfare States* contemporâneos naquela região, que apresentam, coincidentemente, grande similitude com as do Brasil.

O autor recorda que, nestes locais, a consolidação do modelo de proteção, na era industrial, foi predominantemente pautado no ideário político-partidário da coalizão de direita e centro-direita, com forte participação da Democracia Cristã, ou pelo menos, coincidente com o ideário da doutrina social da Igreja. Dessa forma, jogaram um papel importante, o *princípio da ajuda* e a família, essa última como o espaço da performance da solidariedade e da proteção: de um lado, o homem provedor da prole, e do outro, a mulher como a responsável pelas tarefas domésticas, incluindo as atividades relativas ao cuidado com as crianças, os idosos e os enfermos. Esse formato explica porque, nos países do sul da Europa, as famílias foram aquinhoadas com transferências financeiras generosas para a reprodução social, mas, em contrapartida, uma oferta mínima de serviços sociais foi garantida pelo poder público.

Navarro (2000) retoma e amplia esse foco analítico, adensando-o com observações empíricas consistentes a respeito das consequências de penalizar a família com atribuições relativas à proteção social, sem o devido amparo estatal. Ao analisar a situação espanhola, similar à brasileira quanto a atual expansão das famílias monoparentais, afirma que

en España, el discurso católico de dar mayor prioridad y protagonismo a la familia contrasta con una realidad en que la familia, y sobre todo la mujer, se encuentra enormemente sobrecargada, como lo atestigua el elevado porcentaje de mujeres con enfermedades debidas al estrés, el grupo etario y social con una porcentaje mayor de tales enfermedades. Es más, el discurso y práctica política que intenta sustituir el Estado del bienestar por la sociedade del bienestar acentúa todavía más esta

problemática al suponer que existe un conflicto entre Estado del bienestar y sociedad del bienestar, pidiéndose la expansión de la sociedad del bienestar a costa de la reducción del Estado del bienestar (NAVARRO, 2000, p. 41-42).

Contrariamente, nos países anglo-saxões e nórdicos, o modelo de proteção foi distinto, com a igualdade nos papéis familiares e uma extensa rede de serviços sociais para sustentar a reprodução da sociedade. No primeiro caso, o valor corporativo, centrado no homem, definia o direito social. Nos demais, a definição da garantia do direito ocorria pela própria cidadania.

Esping-Andersen (1995) afirma que a proteção social, ao ser diferenciada pela categoria profissional, distingue também a estrutura de risco, que se torna muito particularizada e com baixa tendência de resistência à manutenção de seus benefícios, em caso de ajustes econômicos estruturais, como ocorre neste momento. Esse foi o modelo brasileiro, sendo que o que importa reter, no momento, é o papel que tradicionalmente a família desempenhou e vem desempenhando, como espaço de cuidado e proteção das crianças, idosos, inválidos e doentes. As mudanças do perfil demográfico, do ciclo de vida, da estrutura de emprego (ou desemprego), o novo papel feminino como “chefe de família” alteraram esse padrão a partir da década de 1980, ampliando-se as demandas para atendimento das necessidades coletivas pelo setor público.

Por outro lado, os programas de ajustes estruturais na área econômica, implementados no país nos anos mais recentes, com as conseqüências apontadas anteriormente, derruíram os padrões que estavam sendo construídos na linha de um Estado de Bem Estar Institucional-Redistributivo. Desse modo, a busca de satisfação das necessidades coletivas assume a forma de uma renegociação, onde entram novamente a família e uma variada gama de agências e grupos de solidariedade e ajuda mútua. Como assinala Bermúdez (2001, p. 111):

la crisis del Estado de Bienestar aparentemente requiere una “solución familiar” – al menos parcial – en términos de reducir su dependencia de los servicios colectivos y “aumentar” o “redescubrir” la autonomía e iniciativa personal/familiar.

Mônica Bermúdez (2001) denomina as novas políticas sociais, pautadas na família, como *neo-familiarismo*. Qualifica uma tendência ideológica de transformar a família em uma unidade econômica e política competente para a resolução dos problemas de racionalidade global do modelo, sem atentar para as contradições e paradoxos presentes nesse tipo de encaminhamento.

Contribuindo para a transposição do *locus* de resolução de necessidades sociais do Estado para a família, a deterioração e o descrédito das instituições sociais estatais favoreceram ainda a racionalidade da política social baseada numa concepção neoliberal de como satisfazer necessidades sociais. Tal concepção persegue dois objetivos distintos: um que diz respeito à legitimidade da nova ordem social, e outro, que se relaciona diretamente com o novo padrão de acumulação. A nova forma de produzir bem-estar corresponde ao pensamento liberal, que define a satisfação de necessidades sociais na família e no mercado como uma responsabilidade individual. Serviços e benefícios sociais são, em consequência, definidos como “bens privados” e deveriam obedecer às forças de mercado, que, supostamente, distribuem recursos com eficiência (LAURELL, 1998, p. 193).

Assim a difusão desse ideário, que veio acompanhado da crise econômica recente, exigiu da família uma revisão de seu papel. Expandiu-se sua função enquanto sujeito econômico, o que se verifica também nos países com padrão cultural similar ao brasileiro. Em países onde as reformas incrementais de saúde estão mais adiantadas, tomando-se como exemplo a Itália e a Espanha, a família vem assumindo um papel cada vez maior na esfera sanitária, tanto no cuidado dos enfermos, inválidos, crianças e idosos como na gestão econômica do risco, tornando-se a responsável pela satisfação das necessidades de seus integrantes. Na medida em que não há um suporte estatal efetivo, essa satisfação deve ser alcançada via provisão através do mercado.

Mioto (2001, p. 95) contribui com uma indicação precisa do que se solicita à família em tempos de reformas das funções do Estado de Bem Estar:

[...] pois de um lado se fala constantemente da família como recurso fundamental para a construção da solidariedade e preservação do tecido social. Por outro lado, pede-se à família o exercício de um papel substitutivo em relação ao sistema de direitos sociais, cuja fruibilidade se torna cada vez mais incerta.

No âmbito dos direitos sociais, especialmente do direito à saúde, identifica-se a reposição do ideário liberal nesse processo, o qual parte da premissa que o mercado e a família são os dois canais naturais para satisfação das necessidades dos cidadãos.

A autora afiança, complementando a crítica à essa posição, que tal encaminhamento reflete a “ideologia secular de que a família é uma sociedade natural e sujeito econômico de mercado. [...] A ajuda pública deve acontecer sob forma de compensação por falimento ou pobreza” (MIOTO, 2001, p. 95). Volta-se a introduzir na esfera do direito à saúde, a clássica

posição defendida por Hayek, de uma atenção estatal apenas para os extremamente desvalidos e doentes.

Na mesma linha, Sgritta (1988) relaciona as novas atribuições familiares e a crise do *Welfare State* afirmando que

l'attribuzione alla famiglia di nuove responsabilità nella soddisfazione dei bisogni dei propri componenti, il ricupero di tradizionali aree di solidarietà sociale, la ricerca di nuovi modi di produzione di beni e servizi, il ripristino di modalità di sussistenza e assistenza che sembravano definitivamente accantonate, rappresentano altrettante conseguenze della crisi (SGRITTA, 1988, p. 18).

Esping-Andersen (2000) marca que a família, mesmo com grande dispêndio de energia, vem buscando soluções e modalidades de intervenção social que possam dar conta de substituir o que era oferecido pelo setor público. Efetivamente, o suporte familiar, nos países da Europa meridional, vem desobrigando o Estado a investir em áreas que eram tradicionalmente de sua competência. Os estudiosos da área reconhecem que há uma expectativa que a família amplie a capacidade provedora e de cuidados de seus integrantes.

As reduções constantes nos gastos públicos sociais, indubitavelmente, vêm atribuindo à família, cada vez mais, um papel central na reprodução social, recuperando-se tipos de co-habitação, assistência e subsistência familiares que pareciam superados. Essa imposição vem sendo favorecida pelo legado do princípio da solidariedade e da ajuda presente no grupo familiar, o qual vem sendo mobilizado e potencializado pela intervenção estatal (SGRITTA, 1988)¹³⁹.

Chama-se a atenção para o fato que as propostas, definições e encaminhamentos que ocorreram na Europa meridional em finais da década de 1970, indicadas por Saraceno, (1996), Sgritta (1988), Esping-Andersen (2000) e Navarro (2000), vêm ocorrendo, atualmente, na América Latina e no Brasil, como se depreende da colocação de Bermúdez (2001), Miotto (2001) e Pereira (1995).

¹³⁹ Convém observar que duas visões são relatadas por Miotto (2001) ao sumariar as linhas de interpretação da relação entre Estado e Família, ambas reconhecendo, entretanto, a importância do poder público na “definição das normas e regras as quais a família está vinculada” (2001, p. 96). A primeira vertente considera que a intromissão do Estado ameaça o núcleo de afeto e a autoridade interna da família. A segunda, entende que ocorre especialmente a sobrecarga da família, através da imposição estatal de regras e normatizações. Miotto (2001) aponta ainda que a apreensão da família como um sujeito político viabiliza uma outra relação com o Estado, podendo torná-lo um instrumento ou um recurso que define e garante direitos. Cita como exemplo a garantia de cidadania para elementos mais frágeis, como os jovens e crianças, e a instituição da pensão para os idosos. Não é o espaço, aqui, de analisar as consequências e interpretar essas possibilidades de interação Estado-família, sendo intenção unicamente marcar a existência de interpretações distintas sobre essa mesma relação.

Sgritta (1988) relata que, a partir do final da década de 1970, se implementa

con insistenza un orientamento teorico caratterizzato dalla contrapposizione tra i programmi di intervento pubblico a favore di determinate categorie di soggetti dipendenti e le forme di assistenza privata fondate sulla prestazione solidaristica delle famiglie e della parentela. Sulla base dell'evidenza raccolta, queste interpretazioni sollecitano una revisione profonda delle posizioni "collettivistiche" e "stataliste" che predominavano in modo indiscusso nel decennio immediatamente precedente (SGRITTA, 1988, p. 73).

A mesma trajetória descrita acima vem sendo estimulada nos países da América Latina, sendo que a revalorização da família tem, como efeito imediato, uma sobrecarga e expansão da responsabilidade do grupo familiar. No plano simbólico, se reitera, continuamente, o papel da família como estrutura organicamente solidária. Ela é como o suporte que favorece a transmissão de valores ético-políticos coerentes com uma sociedade supostamente fraterna, constituindo uma rede de amparo aos riscos sociais e afetivos, sempre atenta às *disfunções* de seus integrantes. Essa reificação favorece, no plano ideal, o deslocamento para o grupo familiar de uma situação opressiva, permeada pelos abusos de poder e violência real, simbólica e concreta, inter e intrafamiliar. Viabiliza ainda a culpabilização da família pelos insucessos de seus integrantes ou quando falha na tarefa de socialização.

Na década de 1980, a família é redescoberta pela reflexão sociológica, como elemento imprescindível para a compreensão do processo saúde-doença. A competência familiar nessa área é apropriada pelas agências internacionais, que passam a valorizar o papel familiar na conservação da saúde doméstica e na cura dos doentes. O Banco Mundial (1993) recomenda, explicitamente, fomentar um ambiente que possibilite às famílias melhorar a saúde, o que compreende a iniciativa de adoção de políticas de ajustamento que preservem a efetividade das despesas de saúde em relação ao seu custeio, à expansão da instrução formal e à ampliação do status político e econômico da mulher.

Sgritta (1988, p. 158) relata o papel da família no que denomina de fase *não organizada da doença*:

riguardano alternativamente la scelta dei sanitari, i rapporti con il medico curante, la selezione dei luoghi di cura, lo svolgimento delle pratiche amministrative conesse all'accesso ai centri medico-sanitari, i rapporti con l' ambiente di lavoro del malato, e numerose altre necessita .

Também no curso da doença e na fase de reabilitação, a família é responsável por uma série de cuidados de valor terapêutico, que foram, durante muito tempo, ignorados e

desqualificados. As práticas e os conhecimentos domésticos sobre as necessidades dos doentes foram substituídos pelo saberes e práticas sanitárias institucionalizados. O caminho reverso parece ser buscado agora, no novo modelo de atenção, do qual a família é peça chave.

Atualmente vem se estruturando, em nível internacional, uma nova visão de atuação da família e da comunidade, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais. Sob essa perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se a família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas MS - (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, n. 1, 2000, p. 10).

A matriz discursiva ministerial reitera, no que se refere a relação Estado e família, os valores da solidariedade, a busca do compromisso familiar e a divisão de responsabilidade entre a equipe de saúde como base de funcionamento do novo modelo. Subjacente a esse compósito integração e definição de responsabilidades, distintos significados podem ser identificados. Um deles é a falta de informação da população, um dos temas trazidos insistentemente à tona pelo ex-ministro Serra (MS - 2000), quando atribui a esse fato, o não acesso aos serviços de saúde. De maneira implícita ou subliminar, se identifica uma crítica à ausência de compromisso familiar com a saúde de seus integrantes e com as condições sanitárias das comunidades. Ao atribuir a responsabilidade pela condição sanitária ao grupo familiar, e mesmo à equipe de saúde, não incorpora, ou não coloca em questão, outros aspectos que dizem respeito aos cuidados integrais, previstos na ordem constitucional sobre a saúde.

Os aspectos acima relacionados podem ser reconhecidos na fala do ex-ministro (MS - 2000a, p. 33), ao fechar uma clínica de idosos por maus tratos:

quem eram os idosos que estavam lá? Doentes? A maioria não. A maioria era de rejeitados pelas famílias, que crescentemente jogam para cima do Governo o que no passado era seu encargo, sua responsabilidade.

A assertiva ministerial pode ser interpretada a partir de posição de Pereira (1995, p. 111), quando afiança que um dos equívocos ao se trabalhar com a família é não atualizar suas funções.

Hoje em dia devolver para a família os cuidados com crianças, idosos, enfermos e deficientes, em nome da descentralização das funções do Estado e da parceria, é regredir na história das conquistas sociais e destituir direitos a duras penas conquistados. Sim, porque como esses encargos sempre foram assumidos pelas

mulheres no âmbito familiar, é previsível que, pela ótica do pluralismo liberal, se esteja pensando no seu retorno à antiga condição de trabalhadora doméstica.

Deve ser salientado, também, que a presença do Estado no âmbito familiar, “não possui apenas uma face ou uma intenção. Pois, ao mesmo tempo que defende as crianças da violência doméstica, impõe a família normas socialmente definidas. Ao defender a família pode descuidar dos direitos individuais” (MIOTO, 2001, p. 97).

O cuidado com o meio ambiente e com a comunidade, associado ao compromisso com a equipe de saúde, além do encargo com o seu próprio núcleo, vem sendo repassado para a família no novo modelo de atenção (MS - MANUAL PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 1999). Destaca-se, nas orientações sobre o PSF, a valorização da família como o espaço de cuidado também com o meio ambiente, com a ênfase nas internações domiciliares, na construção da cidadania, na importância da participação nas instâncias e fóruns de discussão e na decisão sobre questões de saúde. É importante marcar que, efetivamente, a família tem uma responsabilidade com o meio ambiente. Por outro lado, não se assiste a investidas mais sérias e consistentes do poder público junto a outros setores sociais que trazem prejuízos irreparáveis ao equilíbrio ecológico.

É evidente que o fortalecimento da família, integrado a outros espaços societários e adensando-se para a conformação de sujeitos políticos, contribuiria para ampliar as perspectivas de maior controle social sobre o poder público e a própria cidadania social, com condições de definição coletiva das ações e serviços de saúde. A ação estatal, nessa linha de procedimento, deveria potencializar seu papel sócio-educativo, implementando programas efetivos de promoção e prevenção à saúde, com tecnologia e recursos humanos qualificados para a tarefa.

A matriz discursiva do Ministério da Saúde é bastante similar ao modelo italiano e espanhol de proteção à saúde, no que diz respeito ao envolvimento e valorização da família.

Al centro del nostro impegno si pone infatti la persona, i suoi legami familiari, la sua capacità creativa, le grandi ricorrenze che vanno valorizzate e dall'altra una politica di servizi che privilegia sussidiarietà e libertà di scelta come linee guida di ogni intervento istituzionale. [...] Il Piano Sócio Sanitário Regionale ad esempio cammina su questa strada (POLITICHE SOCIALI NEWS, 2002).

Não sem razão, alguns grupos de estudos de gênero vêm sintetizando que as mudanças do papel do Estado estão caminhando de um *Welfare State* para um *Welfare Family*. Essa constatação decorre das recentes legislações e documentos que organizam a proteção social

italiana, reconhecendo-se a redução do papel estatal nos mesmos. Revalorizam-se, sobremaneira, a função doméstica feminina, o trabalho de cuidado e a função de proteção. Os mesmos grupos vêm denunciando ainda a retórica literária sobre o valor do trabalho de proteção e cuidado, o papel feminino nessa função e a competência e responsabilidade da família e da mulher na esfera da solidariedade (DEIANA, 2002).

Um olhar mais político sobre a saúde como uma questão a ser tratada no âmbito familiar complementa a explicação sobre a ênfase na família como espaço de cuidado. No plano doméstico, estritamente cotidiano, a capacidade de reflexão é reduzida devido ao imediatismo das tarefas e a urgência da ação. Por uma razão *econômica*, o investimento mental é realizado em uma única direção, a da ação para o cuidado. Esse imediatismo do pensar e do comportamento cotidiano obscurece a diferença entre o *possível* e o *correto*, uma vez que a rotina cotidiana é essencialmente pragmática e alienante, obscurecendo a capacidade de raciocínio crítico e da prática diária do exercício de direitos. O desconhecimento dos próprios direitos e a separação da esfera doméstica da esfera política e econômica não favorece a expansão da consciência política e da saúde. O comportamento diário tende a reduzir o correto e ao possível e, em decorrência, a encobrir as questões de direito de cidadania e moral política.

O apelo à família induz a que a atenção à saúde se configure como um atributo da dimensão doméstica e não como relacionada aos aspectos econômicos e de ordenamento político, distanciando-se da esfera pública e do resultado de opções deliberadas. Em outro ângulo de análise, pode-se afirmar a ampliação das funções familiares no aspecto econômico estrito da gestão dos riscos, através da expansão dos gastos domésticos com seguros e planos de saúde. Em tempo de *consenso de mercantilização da medicina*, as famílias são os consumidores preferenciais das seguradoras e empresas de medicina de grupo.

O processo de refamiliarização dos riscos vem ocorrendo, de fato, na medida em que há um intenso apelo à segurança oferecida por um seguro ou um plano de saúde e a mobilização dos sentimentos de obrigatoriedade e solidariedade intrafamiliar para sua sustentação. Apoiando-se em Bahia (2001b), Braga (2001) relata como as seguradoras vêm ampliando seus usuários entre a população de baixa renda.

É significativa a observação da autora de que essas organizações avançam na oferta de produtos de menor preço, acoplados a redes credenciadas, por critérios mais regionalizados, atingindo, assim, populações de menor renda, especialmente mulheres e crianças. Exemplos, desse caso, são as atuações para populações carentes

na baixada fluminense, em São Gonçalo e na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro (BRAGA, 2001, p. 39).

Os estudos relativos aos gastos familiares com seguros e planos de saúde vêm evidenciando um aumento desse dispêndio no orçamento doméstico e uma alteração relevante em termos das faixas populacionais que vêm recorrendo ao mercado para obtenção de segurança na área sanitária. Seguros com preços e coberturas cada vez mais reduzidos, tipo “aspirina e copo d’água”, vêm seduzindo as famílias, muitas vezes, com propagandas enganosas, a tal “cadeia de felicidade” denunciada por Serra (2000, p. 30). As crescentes dificuldades econômicas familiares tornam cada vez mais impeditivo esse recurso, tornando a família dependente de outras formas de assistência à saúde, como afirma Bahia (2001c).

As indenizações e provimento de serviços para riscos como acidentes de trabalho, ausência do trabalho por doenças transitórias, desemprego e envelhecimento e morte, ou seja, os relacionados diretamente com o mercado de trabalho, passaram a integrar o orçamento e a pauta de consumo das famílias. A transformação da função produtiva da unidade familiar em consumptiva e a dissolução da propriedade familiar aos rendimentos individuais de cada um de seus membros impedem que os casos de doenças e também a garantia do provimento de recursos para a velhice sejam solucionados no âmbito da família (BAHIA, 2001c, p. 67).

A importância da família é também resgatada na matriz discursiva da ABRAMGE, que identifica as fortes possibilidades de redução dos gastos com a saúde no âmbito familiar, sendo ressaltado seu papel nas ações preventivas e nas práticas de *home care e managed care*.

Especialmente no 7º Congresso da Associação, que teve como tema *Medicina e Odontologia de Grupo: os caminhos para a excelência*, os temas centrais foram gestão na área da saúde em tempos de crise, marketing e prevenção de doenças. Na sessão de abertura foram abordadas as mudanças globais e brasileiras, atingindo os planos de saúde, trazendo a preocupação com os custos, exigindo novos métodos de gerenciamento, melhoria de qualidade dos produtos e prática da medicina preventiva como fator importante de economia. Nessa linha, se enquadra a preocupação da formação de médicos de família, colaborando no controle de riscos e na interação e orientação familiar para reduzir os danos à saúde (AB - MEDICINA SOCIAL, ano XIV, n. 152, 1999).

Esping-Andersen (2000, p. 54) pondera que

la unidad familiar es el destino último del consumo y el reparto de bienestar. Es la unidad de ‘riesgo’. El modo de gestionar y distribuir los riesgos sociales entre estados, el mercado y las familias establece una enorme diferencia.

A opção definida pelas políticas de reformas incrementais na saúde, na direção do mercado, reindividualiza, remercadoriza e refamiliariza os riscos, favorecendo a redução dos direitos sociais de duas formas, ambas com a centralidade no grupo familiar. Primeiro, ao fomentar as soluções de mercado, na medida em que a responsabilidade familiar pelo cuidado à saúde implica em assumir os riscos não só da trajetória de vida como o intergeracional e o de classes. Em segundo lugar, reduzindo a responsabilidade pública na implementação de ações e serviços de saúde, visto que essas funções são transferidas, em grande parte, aos grupos familiares.

Assim a transferência das funções estatais para a família vai ocorrendo gradativamente em nome da solidariedade familiar, reduzindo os direitos da cidadania social, conquistados ao longo do século XX.

CAPITULO 6

6 REFORMAS INCREMENTAIS E DIREITO À SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

6.1 O Setor Público e os Modelos Regulatórios no Setor Saúde

A racionalidade contida nos discursos do Ministério da Saúde, no período analisado, vem sendo atualizada na direção da *exigência* do fortalecimento do papel regulador do poder público, sendo predominante essa constatação em relação ao governo central. O conteúdo discursivo assinalado é encontrado no Plano Diretor da Reforma do Estado (1995).

O discurso do Ministério da Saúde contém inúmeras referências à expansão das funções regulatórias do Estado contemporâneo. Pontua que, no Brasil, essa tendência, nos últimos anos, se afirmou e se acentuou devido a vários fatores. Identificam-se, no conjunto dos textos, justificativas de ordem técnica, administrativa, política, moral e, essencialmente, financeiras,

mas ainda resta muito a fazer no combate as duas formas de gastar mal o dinheiro público: a corrupção e o desperdício [...] Área social não é e não pode ser sinônimo de desperdício, precariedade administrativa, falta de metas e baixa qualidade dos serviços. Desde logo, vou me empenhar em esclarecer exatamente por que há hospitais públicos que funcionam tão bem e outros que funcionam tão mal, sob condições exógenas parecidas. [...] além de estruturar e operacionalizar critérios que permitam controlar a eficiência dos serviços, a qualidade para o usuário e seus custos [...] Sabem que nunca hesitei na rejeição aos métodos perdulários de governo, na prática da austeridade e na seletividade dos gastos públicos (MS - SERRA, 2000a, p. 19, p. 21, p. 26).

Por outro lado, a intervenção do Estado deve favorecer o subsector privado através da construção de um mercado regulado para os bens e serviços de saúde, como bem esclarece o Banco Mundial (1994): “o Estado tem muito a ver com a adoção pelos países de instituições sob as quais o mercado possa florescer” (1997, p. 39).

Entender a relação das falhas do mercado, relacionando-as com intervenção governamental, e articulando-as à proposição do Banco Mundial de fortalecer o setor privado na oferta de bens e serviços, é fundamental para o objeto de estudo em análise, como se pretende evidenciar. Não se entende que o financiamento da saúde se situe fora do leque de relações concretas e das determinações estruturais de longa data que estiveram e estão presentes na relação entre o setor público e o privado.

O ex-ministro José Serra, em diversas oportunidades, justifica a intervenção governamental para correção das falhas do mercado (MS - 1999, 2000a), alertando para os planos enganosos, tipo “aspirina e copo d’água” ou para a “cadeia da felicidade”, ou seja, aqueles planos que asseguram o atendimento para a população mais jovem e excluem os mais idosos.

Os aspectos que envolvem a questão da atenção à saúde vêm sendo tratados como os demais segmentos do mercado, o que merece uma crítica, por parte de alguns autores, entre eles Braga (2001), pois a natureza do bem, pelas suas especificidades, induz a consequências diferenciais que devem ser observadas pelo poder público. A complexidade do setor saúde, reconhecida pelo ex-ministro Serra, é analisada pelos autores que tratam da temática. Estes chamam a atenção para os envolvimento históricos entre o setor público e privado e para a inexistência de mecanismos regulatórios até passado recente. Reconhece-se que este é um papel a ser desenvolvido pelo Estado, o que exige enfrentar o caráter bifronte do sistema de saúde brasileiro.

O caráter híbrido desse sistema (ou desse não-sistema) coloca uma série de problemas para a gestão pública, desde a falta de planejamento integrado, impedindo a definição de prioridades, até a formação de mecanismos de complementaridade instáveis e submetidos à lógica dos interesses privados. Um dos problemas dessa configuração reside em que tanto a intermediação privada quanto a pública demandam serviços de uma mesma rede de prestadores, predominantemente privada (TEIXEIRA, 2001, p.21).

De acordo com análise feita por Teixeira (2001), o problema da informação vem sendo qualificado unicamente em relação ao conhecimento da qualidade do bem em questão, desconsiderando-se outros aspectos referidos ao mesmo bem. Afirma que,

com isso, aduzem um novo suposto, que não explicitam: o de que os ofertantes têm pleno conhecimento das condições de oferta e demanda, e os compradores também, com exceção da qualidade do produto que estão comprando. Isso leva à introdução de dois novos conceitos, a saber, a “seleção adversa” e o “risco moral” (moral hazard) (TEIXEIRA, 2001, p. 29).

Continuando o raciocínio, a partir da reflexão de Teixeira (2001), problema fica reduzido, assim, aos consumidores saberem *antecipadamente* se o bem a ser adquirido é confiável ou não em termos de qualidade. A avaliação negativa do produto, pelos compradores, pode ocasionar tanto a redução de seu preço como a busca de outras alternativas, denotando-se uma falha do mercado. O fenômeno da *seleção adversa* ocorre quando os bens com custos e qualidades distintos são oferecidos em mercados altamente

competitivos, não havendo possibilidade de influências recíprocas para controle de preços, e os “produtos de baixa qualidade expulsam do mercado os de alta qualidade, pela impossibilidade de se dispor de antemão da informação sobre o produto. Situações como essa podem, no limite, levar à extinção desse mercado” (TEIXEIRA, 2001, p. 19).

Ao regular o subsetor privado, portanto, o Estado está preservando o mercado de sua extinção ou de uma dinâmica que impeça a concorrência *sadia* entre os produtores de bens e serviços de saúde.

Recuperando a contribuição de Offe (1994), ao analisar a crise do *Welfare State*, este indica que o Estado capitalista não é eficiente pelos seus próprios meios ou objetivos, mas unicamente em seu desiderato de garantir, no limite, a forma mercantil de acesso a bens e mercadorias e regular a autodestrutiva competição interna. O papel delicado do setor público em atender as duas ordens de demanda, dos prestadores de serviços e dos usuários, inclui a adequação, ou antes, a busca de uma complementaridade entre os subsetores que compõem o Estado capitalista contemporâneo.

Ao discutir a amplitude da regulação do setor, Braga (2001), sinaliza para a configuração sócio-econômica do país que determina e delimita a maior ou menor amplitude do direito à saúde, “emprego, distribuição de renda, ‘mercado de trabalho’, - a política da política econômica, a relação entre esta e a política social, os fatores diretamente relacionados com as condições de saúde e com a prática médica” (BRAGA, 2001, p. 30).

A regulação¹⁴⁰ na saúde, por parte do poder público, a partir de 1994, incorpora estruturas tradicionais e inovações recentes, e incide em múltiplas dimensões, que incluem as “relações entre os níveis de governos municipal, estadual e federal; as relações entre governos e prestadores privados e semipúblicos contratados, e as relações entre governo e agentes do mercado” (RIBEIRO, COSTA, SILVA, 2000, p. 62).

Os mesmos autores relatam que, no Brasil, os procedimentos regulatórios¹⁴¹ mereceram atualizações modernizadoras, tornando-se mais especializados em relação aos fins

¹⁴⁰ As publicações de Campos (2000), Ribeiro, Costa e Silva (2000), Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (2001) e Costa, Ribeiro, Silva e Melo (2001), contêm informações significativas sobre os modelos regulatórios e uma avaliação preliminar de sua adoção no Brasil através das Agências Reguladoras.

¹⁴¹ A regulação nesse capítulo se refere à praticada através das agências reguladoras e outros mecanismos que balizam as relações governamentais e o setor privado, incluindo o subsetor filantrópico. A intenção foi demarcar, nesse tópico, a clara inovação que se operou no Ministério da Saúde com a instituição das duas agências, a Agência Nacional de Saúde Suplementar e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ambas na gestão do Ministro José Serra.

a serem controlados e voltados para os casos específicos. No caso da saúde, a ação regulatória é direcionada para intervir incentivando, ou a provisão direta de bens públicos ou a proteção do interesse público, em decorrência de falhas ou necessidade de direcionamento do mercado.

Contrariamente aos outros domínio do poder público, onde os novos modelos regulatórios começaram a ser implementados imediatamente após a eleição do Presidente Fernando Henrique Cardoso, em 1994, no setor saúde tal ocorreu somente em seu segundo mandato, em seguida à posse do Ministro José Serra (RIBEIRO, COSTA, SILVA, 2000). O desenho de regulação seguido foi o do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.

O Ministério da Saúde, que não deixa de dirigir algumas críticas à voracidade do mercado livre, atribuindo-lhe uma incompetência para se auto-regular face à complexidade do setor¹⁴², afirma, reiteradas vezes, ser imprescindível a sua colaboração. Impõe, no entanto, a exigência de ser regulado estatalmente, tendo sido esta uma das primeiras providências encaminhadas na gestão do Ministro José Serra¹⁴³, que, em 1999, reafirmou taxativamente a relevância da medicina supletiva, desde que dentro de certas regras impostas pelo governo central (MS - SERRA, 1999b).

As justificativas para o controle estatal sobre o mercado são as externalidades negativas ali manifestadas, as quais qualificam e apontam o escopo da ação governamental.

Externalidades ocorrem quando atividades privadas causam efeitos sobre outras atividades, efeitos que o mercado não mede, no sentido de atribuir valores financeiros aos custos e benefícios que tais atividades podem impor à coletividade. [...] Um aspecto importante da atuação do governo com relação ao setor da medicina suplementar¹⁴⁴, passa a ser, portanto, estimular o controle de seus custos, além, naturalmente de estimular mais concorrência dentro do setor; fazer com que a relação desigual entre as operadoras de serviços e os consumidores, face às imperfeições microeconômicas já citadas, não leve a abusos em matéria de preços, qualidade e extensão do atendimento às pessoa (MS - SERRA, 1999, p. 43 - 45).

¹⁴² O mercado privado de saúde é constituído por quatro subsectores, a saber: as cooperativas médicas, as empresas de planos de saúde e as seguradoras de saúde, os planos próprios das empresas e os de autogestão. Um aprofundamento sobre o setor privado de saúde, as regulações recentes e as tendências, podem ser obtidos em Bahia (2001a, 2001b) e Célia Almeida (1998).

¹⁴³ Sobre a relação entre o *mix* público - privado na área da saúde, podem ser recuperadas três tendências. A corrente política partidária de um forte controle sobre a medicina suplementar, em virtude da forma histórica que se estruturou, sem regras claras e específicas para o atendimento à saúde, e com acordos espúrios e nem sempre eticamente válidos com o poder público. Uma segunda corrente que pretende enquadrar o mercado de saúde às novas exigências econômicas e políticas internacionais, E, finalmente, uma terceira posição que é a total exclusão do financiamento do setor privado com recursos públicos.

¹⁴⁴ De acordo com Ligia Bahia, a expressão assistência médica suplementar provém da classificação usada pelas seguradoras, que diferenciam entre “*alternativa* (permite a opção para que o cidadão escolha um seguro público ou privado), *complementar* (supõe a existência e a limitação de cobertura do sistema público), *suplementar* (existe um serviço público de caráter obrigatório, e é permitida a opção de pagar um seguro privado a despeito da manutenção da obrigatoriedade da contribuição para o seguro social)” (BAHIA, 2001b, p. 325).

Nesse sentido, relata a organização de um sistema de controle de execução dos gastos, do ponto de vista de seu destino e de sua economicidade, que viabilizará o acompanhamento da situação dos contratos privados, garantindo ao consumidor, que é a parte mais fraca, a efetivação de seus direitos de acordo com o contrato estipulado.

Cabe sinalizar que a posição do Ministério da Saúde coincide com uma das indicações do Banco Mundial, contida no documento de 1997, que atribui ao Estado, no setor das políticas sociais, a função de expandir a competitividade do setor privado e a capacidade reguladora do mercado, e do Estado sobre o mercado. O Banco não deixa de alertar que as reformas preconizadas encontrarão uma “considerável oposição política” (1997, p. 14), recomendando que os reformadores tenham uma posição forte, com o fortalecimento dos níveis centrais do governo para a formulação de políticas estratégicas e buscando mais *feedback* dos usuários sobre a prestação dos serviços. Entre os atores para implementar as mudanças destaca o papel da mídia, do setor privado, da presidência e gabinete, do congresso e dos governos locais (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 14).

Reiterando a importância da intervenção do Ministério da Saúde junto ao setor privado, argumenta o ex-ministro Serra, que o mercado vem atendendo a uma parcela significativa da população brasileira, na ordem de 30%, o que, de *per si*, justifica a regulação, além de ser um nicho de mercado perturbado pelo *moral hazard* (risco moral) e pela seleção adversa¹⁴⁵, que amplia o consumo e os gastos pessoais. Menciona, ainda, o expediente da *cadeia de felicidade*, que consiste em cobrar quantias bastante reduzidas dos jovens e aumentar em demasia os custos para as pessoas mais idosas. São fatos que, na opinião do Ministério da Saúde, obrigaram a uma forte regulação no setor.

Como mecanismo regulatório junto o setor privado autônomo, instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em 2000, como autarquia sob regime especial, com *autonomia orçamentária e decisória, e financiada, em parte, pelo setor de medicina suplementar*. Em outros domínios o Ministério da Saúde empregou o mesmo modelo de agências reguladoras, como se verá posteriormente, conformando-se à orientação do Banco Mundial no sentido do fortalecimento da administração central, e da exclusão das questões sociais do debate político.

¹⁴⁵ *Moral hazard* se relaciona ao aumento de consumo decorrente de não pagar ou pagar pouco pelo acréscimo, e *seleção adversa* é a tendência de oferecimentos de maiores incentivos pelas empresas de seguro e planos privados de saúde para o público mais jovem e menos suscetível à doenças, excluindo a população idosa e de risco sanitário.

Criada pela Lei N° 9961, de 28 de janeiro de 2000, a ANS

é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, e tem a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de Saúde no País (Senado Federal, 2000).

Possuindo o mesmo perfil organizacional das demais agências reguladoras, a natureza de sua ação diz respeito à constituição de mecanismos estatais de fiscalização e controle mais enérgicos de preços e serviços prestados.

Bahia (2001a), considera que a ANS amplia as atribuições setoriais, sendo ela mesma um espelho dos ideais de inovação modernizadora, colocando o Ministério da Saúde como defensor dos direitos dos consumidores. Por outro lado, reconhece a mesma autora, que a ANS personifica o inverso do que se esperava com as diretrizes do SUS.

A ABRAMGE mantém, e não poderia ser de outra forma, uma postura bastante reticente a respeito da interferência governamental, reiteradamente demarcando a divisão de competências entre o setor público e o privado, cabendo a prestação da assistência médica à livre iniciativa, *mas sem a interferência estatal*.

Há o acirramento da crítica ao controle estatal após a promulgação da lei que regulamentou a medicina suplementar, considerando estar o Ministério da Saúde exorbitando suas funções, pois *“além de regular o mercado, está estendendo suas diretrizes para regular também o produto dentro da empresa, interferindo na atividade comercial”* (AB - ALMEIDA, 2000a, p.1). Entretanto, certas afirmações contidas na matriz discursiva da ABRAMGE, como a relação da situação financeira do usuário com a cobertura compatível, ou a tônica no controle de custos para garantir a viabilidade financeira das empresas, ou ainda, a recorrente sugestão de medidas para redução de procedimentos mais complexos, autorizam, corretamente, a necessária intervenção do Estado no setor privado.

Veladamente, aparece, na matriz discursiva da ABRAMGE, várias críticas e pesadas censuras ao Ministério da Saúde, mormente após a promulgação da mencionada lei. Uma delas é de estar excluindo do mercado as seguradoras e prestadoras de serviço de saúde de pequeno porte, favorecendo a ampliação do mercado para as grandes seguradoras, especialmente as internacionais. Outra sinalização é sobre a redução da atenção à saúde da população, pelo fato que as empresas de saúde se localizarem nos grandes centros e nos Estados da federação mais desenvolvidos financeiramente. Enquanto empresas mercantis não

terão interesse em se transferir ou ampliar suas atividades para locais de escasso ou nulo retorno financeiro, com mercados pouco atrativos, sendo inadmissível para as empresas assumirem grandes riscos. Por sua vez, devido à lei, as pequenas empresas que operavam em cidades de pequeno porte, não terão como se manter economicamente.

Curiosamente, afirma que a regulação estatal, como configurada, demonstra a

intenção clara do governo de querer ser eximido de suas obrigações constitucionais, transferindo-as ao cidadão usuário, porque este terá que arcar com o ônus de manutenção de um plano sem o respectivo respaldo financeiro. Mas é ao Estado que compete essa obrigação e só ele poderá cobrir os gastos de saúde dos mais pobres, com o dinheiro que arrecada dos impostos (AB - ALMEIDA, 20001, p. 36).

O conteúdo das mensagens analisadas, e publicadas após a aprovação da lei, comprova o grau de efervescência que provocou no subsetor privado, com articulações políticas que reverteram alguns de seus itens e provocaram, ademais, contínuos adiamentos em sua implementação. De acordo com a ABRAMGE, mais de quarenta medidas provisórias foram emitidas, e de fato, dois dias após a publicação, a lei sofreu sua primeira alteração.

Ainda se resgata, na crítica formulada à lei, a dificuldade que esta acarretou à população coberta pelos planos privados de assistência à saúde devido ao aumento dos custos das mensalidades. A ABRAMGE assinala que foram especialmente penalizados os planos mantidos através do setor empresarial produtivo, que se vê obrigado a maiores gastos para atender seus funcionários, sem qualquer participação do SUS, que é sustentado, financeiramente, com parte da contribuição social paga pelos setores produtivos.

Por outro lado, a ABRAMGE silencia quanto à contribuição indireta que o Estado vem dando, através da renúncia fiscal, que favorece o setor privado duplamente, como ilustra Dain (1999, p. 134),

o financiamento indireto do setor público aos planos de seguros de saúde privados por intermédio da renúncia de arrecadação. [...] no caso brasileiro, a renúncia de arrecadação dirigida à pessoa física e também às empresas, extremamente significativa, é profundamente regressiva.

Corroborando afirmação da transferência de recursos do setor público para o privado, em outro estudo, Dain et al. (2001), contabilizam que a renúncia fiscal alcançou, na

declaração de 1997, R\$ 800 milhões (US\$ 266 milhões) ¹⁴⁶ no imposto de renda das pessoas jurídicas. Entre os contribuintes com alíquota de 15% a renúncia foi de R\$ 726 e R\$ 168 milhões (US\$ 242 milhões e US\$ 56 milhões) entre os contribuintes com alíquota de 25%. Além desse montante que não foi incorporado ao orçamento da Seguridade Social, o movimento financeiro do setor de assistência médica suplementar foi de US\$ 16 bilhões por ano, que em tese, considerando a legislação vigente, poderia ser utilizado para abatimento no Imposto de Renda, ou seja, um valor não agregado ao orçamento.

Uma face igualmente perversa da iniquidade é a que se refere à distribuição dos recursos que privilegiam as regiões mais ricas do país, sendo que, em 1998, em média, a Região Norte ficou com 4% a 4,2%, o Nordeste com 24% a 25%, a Centro-Oeste com 6,5% e o Sul e Sudeste, com 65% da receita disponível.

Outra acusação, formulada pela ABRAMGE, é que o governo estaria utilizando-se de mecanismos de financiamento para o setor público de saúde, através das taxas impostas pela nova lei. Em sendo uma autarquia com independência financeira, a ANS tem autonomia para instituir cobranças e estabelecer os valores das mesmas, sem as amarras consideradas como *burocráticas* do controle público. A respeito, o representante do setor privado pronuncia:

a regulamentação representa flagrante desvio de finalidade, uma vez que privilegia a concentração econômica e arrecadação de receita para o tesouro, sob o falso argumento de estar beneficiando os consumidores, ferindo os princípios da liberdade de iniciativa, da livre concorrência da autonomia da vontade e da razoabilidade (AB - MEDICINA SOCIAL DE GRUPO, n. 171, JAN./FEV. 2001).

Há a sugestão enfática, pela ABRAMGE, da participação financeira pública complementando os planos privados, como um incentivo para o empresariado implementar planos e seguros de saúde para seus funcionários.

A matriz discursiva da ABRAMGE recoloca os tópicos/*topics* relativos ao que vem sendo nomeado como mercantilização da saúde, evidenciando a autonomização do setor, a dificuldade deste se abrigar sob os marcos regulatórios e a diversidade de tipos de empresas de saúde que foram se estruturando no Brasil, a partir da década de 1990¹⁴⁷.

¹⁴⁶ Os valores serão apresentados em reais e em dólares, na cotação da data de hoje, que é de R\$ 3 para \$1.

¹⁴⁷ A Agência Nacional de Saúde Suplementar instituiu um processo contínuo de pesquisas sobre o setor privado, através de pesquisadores vinculados a organizações respeitadas e que se constitui em rico material de estudo.

O processo de mercantilização da saúde, ao transformar a assistência médica¹⁴⁸ em mercadoria, submetida a equivalentes mercantis e autonomizada dos controles estatais até recentemente, recoloca o Estado, ou como um dos possíveis parceiros, ou como um inimigo a ser combatido, dependendo de situações conjunturais e dos interesses em pauta.

A recusa velada à regulação estatal, por parte dos grupos vinculados à medicina suplementar, associada, ainda, aos investimentos políticos externos ao poder executivo, adensado com o crescimento dos planos particulares de seguro, tornam a discussão sobre o direito à saúde *versus* setor privado, confuso, polarizado e permeado por interesses altamente diversificados e com grande densidade política.

Para Bahia (2001a) os estudos que abordam unicamente o antagonismo SUS contra medicina privada, sem entrar nos meandros das relações mais interiores dos sistemas e subsistemas, tornam o debate pouco profícuo e as ações regulatórias equivocadas ou limitadas. Em torno desses detalhes, contudo, tem-se levantado vários questionamentos e outras interpretações, que são pertinentes ao objeto de estudo, ao se relacionarem à questão da cidadania social e às agendas em pauta.

O Ministério da Saúde sinaliza, reiteradas vezes, que as ampliações de cobertura do setor privado reduziriam a pressão sobre o SUS, ampliando o coro dos que apregoam que os indivíduos que tem posses econômicas devem pagar planos de saúde privados, que é a posição da ABRAMGE, admitindo a convivência de dois sistemas de saúde, monitorados pelo setor estatal.

Bahia (2001a) indica que estudos atuais se contrapõem à separação radical entre mercado e Estado, surgindo expressões como *mercado artificialmente expandido* e *dermercadorização do mercado*, para ressaltar a histórica e intrínseca articulação entre o setor público e o setor privado, envolvendo os subsídios governamentais no financiamento dos planos privados de saúde.

No que se relaciona com aos direitos sociais, o que tem sido colocado é que sua garantia não se relaciona ao serviço de saúde ser realizada pelo setor público ou privado, considerando as imbricações entre os mesmos, mas o estrito controle público sobre a medicina suplementar (SILVA, 1999, p. 136).

¹⁴⁸ O processo de mercantilização, devido à sua natureza, provoca, em certas situações, um antagonismo entre as associações médicas e as seguradoras e operadoras de planos de saúde, especialmente devido às inovações decorrentes da assistência médica gerenciada, um tema polêmico e eticamente complexo.

Outro foco de regulação do Estado é o mercado dos medicamentos, que “é distorcido por oligopólios baseados na diferenciação de produtos, nas patentes e na lealdade dos consumidores às marcas decorrentes de sua desinformação” (SERRA, 2001, p. 31). A regulação é feita pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, criada pela Lei 9782, de 26 de janeiro de 1999.

A Pastoral da Saúde e a CNTSS/CUT não entram em pormenores sobre a regulação estatal, sendo que transparece na matriz discursiva dos dois atores que, ao setor público, compete manter o SUS em seu desenho original, mantendo o controle social previsto.

Uma segunda grande área de interferência estatal é a que se relaciona aos controles praticados sobre os hospitais e clínicas privadas e às instituições filantrópicas que mantêm relações contratuais com o setor público. O Ministério da Saúde instaura novos procedimentos nesse aspecto da regulação, por meio de três estratégias, que, se não contrariam as disposições constitucionais do SUS, colidem com a implementação originariamente definida. Novamente se reconhece a orientação do Banco Mundial sobre o encaminhamento do Ministério (BANCO MUNDIAL, 1997).

Primeiramente, instituindo o controle plasmado na relação direta com o usuário, através de uma prática com um claro viés individualista que, juntamente com outras práticas regulatórias, sinaliza para o fortalecimento de um Estado intervencionista, através de estratégias de atenção individual. Esse tipo de controle, em curto espaço de tempo, leva a desqualificação das instituições e aos espaços de mediação entre o Estado e os atores sociais,

resquebrajando y desarticulando deliberadamente las organizaciones sociales y de clase para transitar a formas novedosas de resolución de los conflictos donde el poder ejecutivo central establece negociaciones individuales, acuerdos circunstanciales y estrategias de atención a algunas necesidades secularmente aplazadas (LAURELL, 2000a, p. 45).

Tais práticas suscitam, por outro ângulo, o recrudescimento de procedimentos individualistas que desqualificam as ações coletivas, impedindo o aprendizado da resolução de conflitos pelas instâncias institucionais. Ações com fortes componentes personalistas, como a das cartas, das denúncias, via *Disque saúde*, isoladas de uma mediação de atores sociais, podem ocasionar dois efeitos deletérios. Um, contribuir para a decomposição do tecido social, dificultando a governabilidade com a polarização dos conflitos que se tornam inegociáveis, sem uma arena democrática. E, como segunda consequência, propiciar um

padrão assistencialista e paternalista de atenção às necessidades individuais, que, no caso, não transitam para um patamar de necessidades coletivas, permanecendo dentro da usual cultura da subalternidade e populismo, característica de nosso país.

Não se pode deixar de mencionar, também, o risco da exacerbação de conflitos sem as mediações institucionais. Estes, sem o concurso de uma esfera pública para negociação, derivam para lutas políticas de confronto direto, mais delicados e difíceis de serem contornados sem o uso da violência.

Um segundo tipo de controle diz respeito à contínua divulgação dos valores financeiros repassados pelo Ministério da Saúde aos municípios, estados e prestadores de serviços privados, tanto em publicações periódicas como na *internet*.

Destaca-se, na divulgação, dois aspectos que podem autorizar e esclarecer a construção de isotopias, não pelo que é dito, mas pelo que não é mencionado. O primeiro quesito se relaciona à excessiva valorização do controle financeiro, dos valores economizados, da redução dos custos, do controle do setor privado, da eficiência administrativa e da racionalidade econômica. O segundo é não evidenciar o valor das transferências financeiras que beneficiam o setor privado, ou seja, os valores que são alocados para construções, reformas, equipamentos, capacitação de pessoal e programas de melhorias de gestão técnica e administrativa, nos hospitais conveniados e filantrópicos. A mensagem veiculada traduz o esforço do Ministério da Saúde em melhorar as condições de funcionamento da rede assistencial, não especificando que essa melhoria incide, também, na rede assistencial privada, que recebe um benefício financeiro ou em serviço sem contrapartida ou em condições de financiamento extremamente facilitadas e em desacordo com padrões médios do mercado financeiro.

Em relação à excessiva preocupação com controles financeiros, a matriz discursiva do Ministério da Saúde se distancia radicalmente das matrizes da Pastoral da Saúde, e da CNTSS/CUT, sendo que as últimas não abordam as questões de redução de custos como prioridade, mas sim o atendimento integral, inexistindo *topics* que possam tornar a atenção à saúde submetida ao crivo financeiro.

De forma similar, as proposições da XI Conferência Nacional de Saúde consignam o compromisso irrestrito com a vida, sem a sua subordinação à eficiência e ao controle de gastos (2000).

Um terceiro mecanismo regulatório, insólito para os padrões tradicionais brasileiros, foi a utilização, pelo Ministério da Saúde, de uma organização não governamental, a Organização Nacional de Acreditação - ONA¹⁴⁹, para implementar o Programa de Acreditação Hospitalar. Esse programa, através da ONA, promove um *ranking* entre os hospitais, classificando-os segundo seu desempenho, de acordo com parâmetros que integram os processos e os serviços prestados. A classificação determina os valores para as transferências de recursos públicos ao setor privado contratado. Na análise de Ribeiro, Costa, Silva (2000), devido à sua composição e atribuições, a ONA sugere uma forma de auto-regulação induzida ou contratada, em função da presença de representantes governamentais e do mercado. Seu desenho permite, de acordo com os autores mencionados, ser catalogada como uma organização de caráter público não estatal.

O que se ressalta, em termos do presente estudo, é a transferência da histórica competência de avaliação da rede hospitalar pelo Ministério da Saúde, para uma organização não estatal, em que pese seu valor e as conseqüências positivas que um arranjo dessa natureza possam acarretar. Em síntese, se configura como um processo de transferência de responsabilidade do setor público para outros setores da sociedade. A CNTSS/CUT tece forte crítica ao fato, alertando para o

riscos da perda da capacidade do Estado de implementar critérios ambientais e de saúde em suas políticas econômicas, tecnológicas e industriais, repassando totalmente à iniciativa privada a competência para atividades reguladoras essenciais, como auditorias ambientais, podem ainda aprofundar os níveis de exclusão social e degradação das condições sociais, de trabalho e saúde da população (CN - CNTSS/CUT, 1998b, p. 19).

O perigo de tal encaminhamento no setor saúde deve ser considerado quando se recorda da observação de Chauí (1994), que, ao analisar as raízes do populismo brasileiro, indica as *perversas* relações intrínsecas entre o Estado e a elite dominante,

não por acaso, a classe dominante brasileira mantém com o Estado uma relação 'primitiva', isto é, em lugar de vê-lo como instrumento de sua dominação de classe que só pode legitimar-se se, ao mesmo tempo, cumprir funções para satisfazer as

¹⁴⁹ A ONA mantém um Sistema Brasileiro de Acreditação, constituído por Instituições Acreditoras, "que buscará promover o desenvolvimento e a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência à saúde de nossos cidadãos, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País" (ONA, 2002). Integram o seu Conselho de Administração, representantes do CONASEMS e do CONASS, o que lhe confere um *status* público, apesar de ser uma associação. Segundo Ribeiro et al. (2000, p. 82) houve um investimento financeiro federal através do programa REFORBUS, "no sentido de induzir organismos privados a formarem a Organização Nacional de Acreditação - ONA".

demais classes sociais e, portanto realizar minimamente a prática da representação, ao contrário, a classe dominante usa o Estado como instrumento econômico privado, destinado a manter-lhe o privilégio (CHAUI, 1994, p. 29).

Concluindo, a função regulatória do Ministério da Saúde é bastante evidenciada nos discursos, merecendo, do lado da ABRAMGE, uma conotação de censura, na qual transparece o inconformismo com o que denomina uma intervenção estatal no privado, estando implícita nessa afirmação o conteúdo liberal do direito, contrariando o proposto no SUS, que é um conteúdo de intervenção estatal de ordem positiva.

O discurso ministerial, sinalizando a posição dos grupos de sustentação governista, afirma a necessidade de um Estado forte para cumprir suas funções reguladoras em uma economia de mercado. Sua posição assemelha-se ao entendimento do ex-ministro Bresser Pereira que, ao tecer críticas ao Estado de Bem Estar e ao papel desempenhado pelas entidades representativas de interesses ditos corporativos, afirma categoricamente que estas se apoderaram do poder estatal, tornando-o, o que ele denomina, de Estado Social – Burocrático. Na mesma linha argumentativa, o ex-ministro alerta que o caráter burocrático, como forma de intervenção deste mesmo Estado, no plano econômico e no plano social, ampliou sua função interventiva, desempenhando papéis que, em sua visão, superavam os limites estatais.

Afirma, o então Ministro Serra, sintetizando a matriz discursiva governamental, que ao Estado, não cabe mais o papel de promotor e executor do desenvolvimento econômico e social e, sim, o de regulador do processo do desenvolvimento, garantindo os objetivos sociais de igualdade e justiça. *“Se não provendo diretamente os recursos para a concretização daqueles direitos, cabe ao Estado, no mínimo, regular a prestação dos serviços que garantam os direitos sociais aos cidadãos” (MS - SERRA, 2000a, p. 16).*

Não cabe entender a posição do ex-ministro Serra como um retorno ou uma defesa do papel do Estado mínimo. Para analisar essa afirmativa recorro ao pensamento de Esping-Andersen (2000), de Laurell (2000) e do próprio Banco Mundial (1997).

A partir da segunda metade dos anos 1990, ocorre, por parte das agências financeira multilaterais, uma revisão do papel do Estado, já indicada anteriormente e relacionada aos ajustes econômicos estruturais. O discurso sobre o Estado mínimo é abolido e se advoga um Estado instrumental e decisivo para o desenvolvimento, o que significa com competência para articular positivamente a sociedade, estabelecendo parcerias e acordos com a mesma. Há o fomento a governabilidade, e ao reconhecimento do poder público como provedor da justiça social, atendendo primordialmente a pobreza, sendo que

cambia su énfasis insistiendo en la necesidad de que el Estado emprenda con eficacia sus nuevas funciones mediante una administración pública moderna y despolitizada. Por el outro, busca articular activamente una neuva forma de legitimación mediante una acción estatal específica hasta los excluídos y una participación ciudadana directa eliminando las instancias o instituciones de intermediación (LAURELL, 2000a, p. 48).

As estratégias e mecanismos regulatórios, que vêm sendo utilizados pelo Ministério da Saúde, induzem a outras duas ordens de análise para apreensão do tema estudado.

A primeira se vincula aos princípios e aos conteúdos que vêm sendo transmitidos para a efetivação do controle público na saúde. Associando rigor governamental, eficiência e eficácia, a matriz discursiva do Ministério da Saúde transita para uma perigosa *linha sombria* que, de forma tênue, demarca a distinção entre um comportamento político democrático e o autoritarismo estatal, embora se afirme o contrário, em certas passagens do discurso.

A segunda vertente é a da ênfase na administração gerencial, que vem sendo impressa ao modelo regulatório pela ANS. Sendo a saúde um bem público, não incluir os critérios públicos nas orientações normativas é deixar de se afirmar a saúde como um *direito universal*. Nesse suposto, mesmo o setor privado não deve ser balizado pelos critérios de eficiência e eficácia mercantil, mas pela racionalidade pública, visto ter sido assim considerado pela Constituição de 1988.

6.2 A relação entre o setor público e privado – questões jurídicas e políticas

Dentre as proposições que entraram no debate sobre a reforma do Estado, na década de 1990, o conceito de terceirização e publicização, incluindo a discussão de um novo marco jurídico-administrativo - as organizações públicas não estatais¹⁵⁰ - despertaram apaixonadas polêmicas e fortes resistências entre os defensores do direito social à saúde.

De início, convém demarcar a diferença entre as duas figuras jurídicas, inéditas no marco legal brasileiro, que são as Organizações Sociais, OS, e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, OSCIP, criadas pelas leis nº 9637/98 e nº 9.790/99. As OSCIPs são instituições ou entidades pré-existentes que podem receber recursos públicos através de um Termo de Parceria, que estabelece como, e em que condições, os recursos podem ser

¹⁵⁰ A análise da nova estratégia vem sendo abordada de forma recorrente por Bresser Pereira (1998a, 1998b, 1999), Gonçalves (2002) e o próprio Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1995). Sobre a questão encontra-se também a posição do Conselho Nacional de Saúde (2001).

destinados às mesmas, para assumir algumas funções específicas do Estado. Há uma transferência financeira, mas não a de gestão do patrimônio público. Contrariamente, nas OS, o instrumento regulatório é o contrato de gestão do patrimônio público, que é repassado à instituição para desenvolver as atividades do setor estatal. A lei que instituiu as OSCIPs é conhecida como a Lei do Terceiro Setor. As duas cumprem o mesmo papel, de fornecer sustentação jurídico-institucional para a transferência dos Serviços Não Exclusivos do Estado para a *sociedade civil*, na esteira da reforma do setor público. As OS assemelham-se, em sua estrutura jurídica, às Fundações Públicas de Direito Privado.

Paulo Haus Martins utiliza uma metáfora para explicar a distinção entre as OSCIPs e OSs:

embora formalmente as organizações sociais e as organizações da sociedade civil tenham a mesma natureza, não têm a mesma feição em origem e espírito. É como se estivéssemos olhando uma estrada de mão dupla: a estrada é a mesma, mas os carros vêm e vão para lados opostos (MARTINS, 2001, p. 1).

O presidente Fernando Henrique Cardoso (1998, p. 5), fazendo uma didática distinção entre *governabilidade* (ou seja, a capacidade política de sustentar os governos) e *governança* (a capacidade administrativa e gerencial para implementar as decisões do governo), reafirma a direção política de sua gestão quanto ao modelo de Estado que vem procurando construir no Brasil. Na conceituação do presidente Cardoso (1998), que não se exime de criticar a ineficiência do Estado como provedor de bens e serviços relacionados à proteção social, se identifica o novo estatuto conferido ao setor público e à criação de uma nova esfera de intervenção sócio-econômica, em que haveria um ser jurídico híbrido, responsável pela *ação pública não estatal*. Respeitando os limites do mercado, a ação pública *stricto sensu*, ou como imperativo moral, ou como fator de equilíbrio e coesão social, seria aquela relacionada à regulação e à gestão para universalização do acesso aos serviços básicos.

Daí, prioridade à educação fundamental, atendimento da saúde não só hospitalar, mas preventivo, com base em critérios de piso assistencial básico, [...] Nesse sentido, a reforma do Estado não é apenas um movimento incentivador da racionalização formal da máquina pública e de incentivos a critérios de competição aberta (PR- CARDOSO, 1998, p.12).

Em torno dos pressupostos acima, percebem-se as orientações normativas de organismos internacionais ligados, freqüentemente, à esfera econômica, que nem sempre são, imediatamente, relacionados às programáticas e diretrizes governamentais e às comunidades

epistêmicas hegemônicas. Segundo Costa (1998), há um relativo consenso entre os estudiosos de políticas públicas que os Estados nacionais estão cada vez mais subordinados às orientações das agências multilaterais de financiamento e fomento no estabelecimento de suas políticas públicas. Essa subordinação é obtida por meio de duas estratégias: primeiro, manipulando o que denominam de ‘incentivos materiais’, e segundo, recorrendo à mudança de orientação e valores das elites nacionais, divulgando novas idéias e crenças, especialmente sobre o papel e funções do Estado e da economia. Cotejando a matriz discursiva de Cardoso (1998), Serra (2000) e Bresser Pereira (1997, 1998,) com o ideário do Banco Mundial (1997), especialmente o capítulo quarto, dedicado à agenda da reforma, identifica-se os mesmos termos: a expansão da capacidade de regulação do Estado, a focalização em atividades básicas, a condição necessária de uma burocracia competente e profissional, a descentralização, o respeito ao mercado e, especialmente, um Estado *facilitador*¹⁵¹.

O Plano Diretor da Reforma do Estado (1995), implantado no início do primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, esclarece que os objetivos relativos aos *Serviços não exclusivos* são:

- transferir para o setor público não-estatal estes serviços, através de um programa de "publicização", transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais¹⁵², ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária;
- lograr, assim, uma maior autonomia e uma conseqüente maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços;
- lograr adicionalmente um controle social direto desses serviços por parte da sociedade através dos seus conselhos de administração. Mais amplamente, fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade tanto na formulação quanto na avaliação do desempenho da organização social, viabilizando o controle social;
- lograr, finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações;
- aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor.

De acordo com documento publicado pelo antigo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, MARE (1998), as Organizações Sociais são estratégias para “permitir e incentivar a publicização, ou seja, a produção não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não exclusivos do Estado” (MARE, 1998, p. 7). Além disso, o Ministério

¹⁵¹ Termo utilizado no relatório do Banco Mundial (1997, p. 18).

¹⁵² Viáveis de serem implantadas pela Lei Federal nº 9637, de 13 de maio de 1998.

sinaliza para a modernidade de tal procedimento nas democracias contemporâneas. As OS têm a finalidade de potencializar os esforços da ação social em geral e reduzir as disfunções operacionais do Estado. São direcionadas para o novo *cliente-cidadão*, têm uma orientação para o atendimento do interesse público, são constituídas por associações civis sem fins lucrativos, e se constituem em um *modelo de parceria* entre o Estado e a sociedade.

Argumentos desse teor levam à

constatação que dentro da lógica jurídico-institucional prevalecente no setor público, não há solução para questões essenciais como a alocação eficiente de recursos, o compromisso dos servidores com a coisa pública e o controle efetivo dos resultados. [...] Assumindo que o Estado é intrinsecamente ineficiente nessas matérias, o atual governo decide transferir as atividades de natureza social para o âmbito de atuação da sociedade civil como estratégia para elevação do padrão de qualidade e de produtividade desses serviços (BARRETO, 1999, p. 128).

Ao abordar o tema em Conferência no Banco Interamericano de Desenvolvimento, em 11 de abril de 2000, o então Ministro Serra (2000a, p. 32), ratifica a posição do presidente Fernando Henrique Cardoso sobre o que é público e o que é governamental. Indicando ser esse um segundo critério norteador das ações do governo federal, justifica-o face ao número de atendimentos gratuitos que são feitos em instituições filantrópicas ou em instituições vinculadas ao SUS, sem fins lucrativos.

Um hospital pode não ser governamental, mas, no entanto, ser de natureza pública, em face da gratuidade e da não discriminação do acesso a ele. Por isso, deve ser tratado pelo Governo como um hospital público, em vários casos melhor e mais eficiente (MS - SERRA, 2000a, P. 32).

Uma segunda justificativa apontada é a ineficiência do setor público, que foi sendo paulatinamente aprisionado pela burocracia estatal, tornando os serviços prestados pouco satisfatórios, de alto custo e geradores de descontentamento popular. Os argumentos apresentados pelo Ministério da Saúde incursionam por um amplo leque, que aborda desde a dimensão econômica até a cultural e a jurídica. Sinaliza para a inflexibilidade da legislação que regula o funcionalismo público, para o tamanho da rede assistencial, para a extensão territorial do país, para a dificuldade de gerenciamento e, especialmente, para a necessidade de modernização do Estado brasileiro (SERRA, 2000a).

No momento em que se procura o tipo de ajuste como o das Organizações Sociais, que poderiam vender serviços para particulares ou para empresas de planos ou seguros de saúde, é porque o recurso público não chega para financiar um sistema

universal e igualitário (MS - RELATÓRIO SEMINÁRIO GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS, 1998, p. 2).

A redução das competências estatais, tendo em vista fortalecer sua capacidade regulatória, é aduzida como razão para transferir a competência de produção de bens e serviços para outros mecanismos que não o clássico e, aparentemente, ineficiente setor público. Ratificando a posição do Banco Mundial (1997), o *slogan* do ex-ministro Bresser Pereira era *um Estado enxuto, mas forte*. Nessa linha, o Relatório Seminário Gestão de Recursos Humanos menciona “*a presença do Estado, mas sob o ponto de vista do investimento, das transferências, dos subsídios e da terceirização, como, aliás, vem ocorrendo nos 15 países mais desenvolvidos do mundo*” (MS - RELATÓRIO SEMINÁRIO GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS, 1998, p. 4).

A crítica da ABRAMGE logo se faz sentir, marcando, imediatamente, o caráter ambíguo do mecanismo idealizado pelo MARE. Retira o caráter mercantil e, portanto lucrativo, impondo demasiados riscos e não motivando o setor empresarial para adotar a nova estratégia. A ABRAMGE rotula o comportamento estatal como o de “*um liberal envergonhado, que quer a participação da sociedade, mas não admite lucro. Quem poderá interessar-se em investir e correr riscos?*” (2001, p. 32).

Efetivamente, ocorreu a predição da ABRAMGE, pois a adesão do setor privado ao modelo de OS foi reduzido. Costa e Ribeiro (2002) explicam que tal ação se deveu ao longo tempo de contratualização e ao alto grau de incerteza que envolve o empreendimento.

A CNTSS/CUT, em torno dos pressupostos do Programa Nacional de Publicização e, especificamente, em relação as OS, intensifica a crítica com base em vários argumentos, sendo o mais contundente, o fato do Programa se constituir na forma privilegiada de transferência da responsabilidade pública da saúde para o mercado. Essa forma de encaminhamento da questão sanitária se configura, para a CNTSS/CUT, como uma negação da Constituição Federal. É considerada uma estratégia silenciosa do governo, fora da ordem legal e que conta com o silêncio complacente da imprensa nacional para privatizar o patrimônio público.

A preocupação da Confederação com a questão foi, e é de tal monta, que publicou um Documento crítico versando unicamente sobre as Agências Executivas –AE e as OS, apontando os equívocos e as inconsistências do Programa de Publicização. Associando-se, em certos itens críticos, à posição do Conselho Nacional de Saúde, chama a atenção para o

desrespeito constitucional nas estratégias governistas de publicização, especialmente em relação aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, que vêm criando dificuldades nas esferas do Poder Judiciário e nos Tribunais de Contas de vários estados (CN - DOCUMENTO AGÊNCIAS EXECUTIVAS, 1998).

A CNTSS/CUT considera que a concepção privatista das OS contém, em seu desenho organizacional e jurídico, a tendência de privilegiar o atendimento aos clientes particulares dos planos privados de saúde e seguro, em detrimento dos pacientes do SUS. Isso *“torna impossível a implementação da concepção de universalidade, integralidade e igualdade no atendimento à saúde”* (CN - DOCUMENTO AGÊNCIAS EXECUTIVAS, 1998, p. 27).

Outros ângulos da matriz discursiva da Confederação são associados aos direitos sociais em vários tópicos, como a não participação da sociedade civil, através do Conselho de Saúde, para a decisão quanto à implementação do Programa; o descompromisso do setor público com o atendimento das necessidades básicas; o privilégio atribuído ao mercado para resolver os problemas sociais; e, essencialmente, a flexibilização dos direitos trabalhistas. Sua crítica é veemente, pois as OSCIPs e OS vêm sendo utilizadas para burlar a legislação trabalhista.

A CNTSS/CUT reconhece que as OS e as AE estão intimamente conectadas à concepção privatista da Reforma do Estado, conforme se depreende da apreciação que faz sobre a responsabilidade estatal quanto à saúde e a estratégia governamental para obtenção de adesão à proposição. O governo propõe que

esta responsabilidade deve ser transferida para o mercado, limitando-se o Estado, a financiar e coordenar sua execução. Assim os setores públicos privatizados transformam-se em novos mercados. É o lucro prevalecendo sobre o interesse público. [...] Buscam (o governo) convencer a sociedade de que a recuperação da poupança pública só será conseguida se o Estado (União, Estados e Municípios) deixar de executar, para apenas formular e financiar as políticas públicas e sociais (CN – CNTSS/CUT, 1999).

As conseqüências das OS, no plano político-administrativo, são alinhadas aos prejuízos possíveis devido ao favoritismo e clientelismo que podem ser objeto, eximindo-se da fiscalização do Ministério Público e de outros instrumentos de controle estatal, previstos na atual legislação sanitária.

Para se chegar a uma crítica mais fundamentada e aprofundada sobre a reforma do MARE, e especialmente sobre o papel desempenhado pelas OS, vale uma referência aos seus elementos jurídicos, consoante a apreciação do Ministério Público Federal¹⁵³, através do Subprocurador Geral da República e Procurador Federal dos Direitos do Cidadão, Wagner Gonçalves (2002). O procurador relata que, imediatamente após a divulgação do *esboço jurídico* delineado no Plano Diretor e da Medida Provisória que o instituiu,

vários Estados e alguns Municípios passaram a transferir os serviços de saúde de unidades hospitalares públicas às *organizações sociais*, denominadas, respectivamente, de cooperativas de médicos, associações de médicos, entidades filantrópicas sem fins lucrativos (ou entidades com fins lucrativos), entidades civis de prestação de serviços médicos, etc., tudo sob o argumento de parceria, modernização do Estado, melhor eficiência gerencial e melhor prestação de serviços aos usuários (GONÇALVES, 2002, p.1).

A apreciação do Ministério Público¹⁵⁴ sobre as terceirizações ocorridas no país aponta que, em todas, houve a cessão da capacidade instalada do Estado para que um terceiro execute os serviços de saúde pública. Ocorreu a transferência de patrimônios públicos e cessão temporária de funcionários públicos; houve a dispensa de licitação para compra de material e execução de contratos terceirizados; não foram exigidas garantias reais ou de outro tipo de fiança para a execução dos contratos. Em face da situação identificada e comparando-a com os dispositivos constitucionais e a legislação infraconstitucional, conclui o procurador: “parafraseando Maria Sylvia Zanella Di Pietro [...] que a referida lei está na zona fronteira entre a ilegalidade e a imoralidade administrativa” (GONÇALVES, 1998, p. 15). Isso significa que, juridicamente, na avaliação do Ministério Público, há uma colisão com a Constituição Federal e a Lei 8.080/90.

O Conselho Nacional de Saúde, em plenária de 07 e 08 de maio de 1997, aprova, por unanimidade, o parecer a respeito da criação das Organizações Sociais. Indica, entre outros itens, que já existem alternativas legais para a flexibilização da gestão dos serviços de saúde; que há conflito com a Constituição, que o processo de qualificação das OS induz a arbitrariedades, visto ser competência exclusiva do Ministro a indicação dos grupos que virão se transformar em OS; que a proposta das “OS não explicita as formas de relação entre os

¹⁵³ O documento mencionado foi elaborado em 1998, sendo que a data de consulta foi em 12 de maio de 2002. O mesmo foi obtido junto ao Conselho Nacional de Saúde, em 1998, de onde são indicadas as páginas citadas.

¹⁵⁴ O Parecer do Ministério Público mencionado foi exarado em 27 de maio de 1998 e detalha, em 23 páginas, argumentos que incluem a análise da Constituição, os pareceres dos Ministérios Públicos de Roraima e Rio de Janeiro e a deliberação do Conselho Nacional de Saúde, em plenária de 7 e 8 de maio de 1997.

diferentes segmentos da clientela (SUS, convênio, seguros, etc...), podendo colocar em risco os princípios de universalidade, integralidade e equidade” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 1); que desqualifica as instâncias de controle social e direção única do sistema, não havendo previsão de subordinação aos gestores. O parecer também critica a inexistência de garantias que protejam o Estado em caso de insolvência ou descredenciamento das OS e a inexistência de garantias contra o não cumprimento do contrato e situações delicadas em relação aos recursos humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2001¹⁵⁵).

Após 1995, as contratualidades instauradas entre o Estado e a sociedade civil evidenciam uma nova forma de atribuição das políticas nacionais de saúde, em relação à responsabilidade pública e à responsabilidade privada. As alterações nas matrizes discursivas da CNTSS/CUT, Pastoral da Saúde, Carta da XI Conferência Nacional de Saúde, são entendidas como anticonstitucionais, levando à desfiguração da responsabilidade pública na atenção à saúde. Tomando como referência a análise de Costa e Ribeiro (2002) sobre as OS, pode-se afirmar que “a busca pela flexibilização na contratação de pessoal e nas formas de aquisição de materiais, equipamentos, medicamentos e realização de obras são o ponto de convergência destas inovações”. Completando, a autonomia em relação ao controle social e às regras do serviço público contrapõe-se à construção do SUS, no seu molde original.

No desenho jurídico-administrativo definido pelo Plano Diretor e legislação subsequente, reconhece-se situação similar à analisada por Laurell (1998). A autora atribui à

provisão de “bens públicos” no sentido estrito do termo; certas atividades com grandes externalidades dirigidas ao indivíduo; regulação e informação para compensar as falhas do mercado; e certos serviços e subsídios eficazes quanto ao custo como um meio para aliviar a pobreza. Essas intervenções seriam justificadas porque elas incrementam o capital humano e a produtividades dos pobres, não provocam a resistência política dos grupos econômicos poderosos, e são compatíveis com o ajuste fiscal (LAURELL, 1998, p. 193).

A evolução processual da intervenção do setor público na saúde, do Ministério da Saúde, e as respostas do setor privado, no caso, a ABRAMGE, repõem as trajetórias descritas por outros autores¹⁵⁶ em relação à mesma estratégia, que foi utilizada por outros países na

¹⁵⁵ O documento do Conselho Nacional de Saúde foi emitido em maio de 1997, tendo sido obtido na internet em 29 de setembro de 2001. Igualmente, foi obtida uma cópia do parecer, que referencia as páginas citadas, junto ao Conselho Nacional de Saúde.

¹⁵⁶ Na descrição dos processos se verifica uma identidade processual e procedimental, havendo discrepâncias em relação aos vetores analíticos. Entre os autores mencionados, pode-se nomear Laurell (1995c, 2000b), Fleury

América Latina. Indicam os estudiosos que a construção de um subsistema mercantil na saúde requer uma intervenção direta do governo. Assim induz-se o processo de transformação da atenção à saúde em mercadoria e, em seguida, de privatização do financiamento e provisão de serviços (LAURELL, 1998).

Essa caminhada vence as seguintes etapas: separação entre financiamento, provisão e regulação dos serviços; fortalecimento de esquemas de pagamento antecipado garantindo um mercado estável; imposição de preços às atividades médicas e definição de *pacotes de saúde*; alteração da natureza jurídica de clínicas e hospitais públicos em empresas autônomas; e introdução de liberdade de escolha pelo usuário do fundo de saúde ou provedor de serviços. Os fundos públicos cumprem um papel importante nesse processo e devem ser analisados em sua relação com a concepção de direito à saúde e de constituição de esfera pública.

Os fundos públicos existentes são redirecionados para populações alvo, preferencialmente setores extremamente empobrecidos. No caso do Brasil, a matriz do discurso público e do setor privado de saúde sobre o uso do recurso orçamentário se constrói, igualmente, em função do discurso sobre a pobreza,

A indicação do Ministério da Saúde, quanto à regulação estatal, vem se firmando a partir de 1998, no aspecto da interferência sobre o setor privado e nos setores intragovernamentais e subnacionais. Reconhece-se a forte alteração ocorrida na transferência do poder regulatório *para fora* do eixo político, com a criação da ANS e da ANVISA, que, sem interferência aparente dos sujeitos políticos envolvidos com o SUS, ficam sem visibilidade pública e com ampla liberdade para as negociações internas. Conhecendo-se os deletérios mecanismos de cooptação de representantes do setor público pela esfera privada, as reconhecidas *capturas*¹⁵⁷, e ainda a tradicional subserviência da tecnocracia brasileira, o discurso do controle do Estado pode ser lido em outro registro, que parece traduzir outros significados para seus *topics*.

Alguns analistas asseguram que o processo de reforma tem em mira alterar a gestão das unidades públicas prestadoras de serviços, às quais seria “conferida autonomia gerencial para concorrer no mercado, juntamente com os demais prestadores públicos e privados” (FLEURY, 1996, p. 117). Assim, em conformidade com o pensamento de Fleury (1996), o

(1994, 2001), Fiori (1995b), Almeida (1996, 1997, 2000, 2002), Londoño e Frenk (1997) e Ugalde e Jackson (1998).

¹⁵⁷ Captura é o termo utilizado para definir os procedimentos de favorecimento ao subsector privados, por funcionários ou representantes estatais, no interior mesmo do aparelho do Estado.

Estado não se afasta radicalmente das funções de prestador de serviços, mas mantém um patamar básico de serviços desmercantilizados. Os demais obedecem a estrita lógica da lucratividade.

As reformas da saúde na América Latina, em países que adotaram o ideário do Banco Mundial, têm normalmente uma *cesta básica de serviços de saúde* subsidiada pelo setor público. Os provedores têm uma dupla origem – ou são os próprios serviços estatais que funcionam como unidades de serviços básicos, ou são serviços básicos contratados via clínicas e hospitais privados. A opção do usuário é livre, partindo-se do pressuposto que tem competência para essa decisão, baseada em um cálculo utilitário individual.

Nas reformas já implementadas, verifica-se que o setor público não cede o lugar ao setor privado, mas estrutura-se um complexo misto onde as funções se articulam

no campo da saúde, as propostas de reformas também procuram separar as funções tradicionais de financiamento e prestação de serviços, assegurando um financiamento majoritariamente público, enquanto a prestação é efetuada em um mercado regulado, pela concorrência entre prestadores públicos e privados, buscando a preferência dos consumidores. Também caberia ao Estado definir um pacote básico de medidas sanitárias, que seriam complementadas pelos serviços privados. Como a atenção terciária é muito cara, o Estado também deve encarregar-se das unidades de referência do sistema (FLEURY, 1996, p. 178).

6.3 A agenda política e o financiamento da saúde no Brasil

Na discussão sobre o financiamento à saúde, identificam-se grupos de argumentos que assinalam duas posições antagônicas. Esses conjuntos são apresentados categoricamente ou surgem fragmentariamente em análises pontuais, intercalados com outras dimensões da política estatal. Em pólos diametralmente opostos, a segmentação inicial é entre os que consideram que o financiamento à saúde deve ser realizado com recursos públicos e os que acham que os custos de saúde devem ser financiados individualmente ou pelo grupo familiar - o setor estatal assumindo apenas o dispêndio com as ações de alta externalidade.

Essa cisão demarca a concepção de direito à saúde como um estatuto de cidadania, sendo um dever do setor público sua provisão. Ele deve ser garantido como um direito de propriedade, como propõe Esping-Andersen (1994), ou ao contrário, como infere Hayek (1977), em que a saúde é uma necessidade que pertence ao domínio privado, não sendo a sociedade responsável. De acordo com Hayek, o cuidado das pessoas é um atributo, uma responsabilidade individual.

A saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assegurado na Constituição Brasileira, comprova a decisão pela primeira posição, sendo que o princípio da igualdade, no acesso aos bens e serviços de saúde, deve ser observado em função da assertiva acima. Por outro lado, deve-se considerar a desigualdade intrínseca entre as pessoas, não em termos de classe, posição social ou econômica. No texto constitucional está escrito também que o *financiamento deve ser eqüitativo*, em que os que podem mais pagam mais, através de uma base diversificada de contribuições que abrange as fiscais e as sociais, objetivando a garantia do *princípio da igualdade*.

O debate sobre o financiamento do SUS vem sendo realizado em diversos níveis e em vários registros – entre outros, a responsabilidade dos níveis nacionais; a separação entre função de financiamento e provisão; a regulação pública sobre o setor privado; e a transferência de recursos públicos para a medicina complementar. As discussões contêm, essencialmente, a reflexão sobre a natureza e a forma de controle do financiamento. Os defensores, tanto da esfera pública como da privada, apontam a oportunidade de escolhas coletivas ou individuais, o que envolve “a combinação de interesses específicos e compromissos ideológicos. É, portanto, um processo político” (ALMEIDA, 1996, p. 42). Tais escolhas articulam temas mais amplos, de cunho ético-político. Entretanto, na maioria das vezes, as análises sobre financiamento em situação de escassez não atentam para as causas determinantes da situação, restringindo-se à discussão de maior ou menor valor de recursos disponíveis; à técnicas administrativas ou contábeis; e aos aspectos incrementais do financiamento. Colabora para essa abordagem técnico-administrativa reduzida, o quadro presente de recursos minguantes, da aparente redução da capacidade alocatória do Estado contraposta à expansão orçamentária de gastos com o setor saúde. A afirmação é parcialmente confirmada pelo então Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Barjas Negri, que existe

a realidade de um orçamento relativamente baixo diante das enormes carências do nosso país. Como a renda per capita brasileira é muito baixa e a quantidade de pessoas que ganham salário mínimo neste país é grande há uma enorme dependência em relação ao SUS, o que evidentemente pressiona o setor público (MS - NEGRI, 2001, p. 61).

O ex-ministro José Serra rechaça a crítica que o governo vem focalizando os gastos em saúde e beneficiando a classe média. Considera que se houver um desvio no atendimento, é devido à falta de informações de parcela da população que desconhece como acessar os recursos disponíveis. Reconhece, igualmente,

que a saúde precisa de mais recursos e precisa utilizar melhor os recursos disponíveis. Se não, não terá legitimidade para obter os recursos adicionais. Precisa também de regularidade no fluxo desses recursos. [...] Atrasar despesas essenciais de saúde deve passar a ser considerado tão grave quanto atrasar o pagamento de juros a credores do país (MS - SERRA, 2000a, p. 19).

A afirmação em seu discurso de posse responde positivamente às críticas de constantes atrasos nos repasses pelo Ministério da Saúde vindos dos prestadores de serviços de saúde e, ao mesmo tempo, marca o compromisso do país com os credores externos. Esse comprometimento é reatualizado, em 2000, no Plano Plurianual, PPA¹⁵⁸, ao definir o saneamento das finanças públicas como o primeiro objetivo a ser alcançado.

Uma das estratégias para atenuar as restrições de financiamento do setor público se situa na intensificação das parcerias com o setor privado e não governamental na busca de fontes alternativas de recursos (MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE – PPA, 2000c, p. 7 e 9). O estímulo às parcerias, de acordo com o documento ministerial, vai permitir a “*descentralização, além da responsabilização e transparência. Dessa forma poderão ser superadas as restrições de financiamento do setor público*” (MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE – PPA, 2000c, p. 7).

O ajuste com a agenda pública nacional é marcado em dois planos: no primeiro, com as diretrizes estratégicas da Presidência da República¹⁵⁹; no segundo, a referência é a Declaração Conjunta do Ministro da Saúde e de Secretários de Estado de Saúde, no início do mandato do Ministro José Serra¹⁶⁰.

A Declaração, assinada em 02 de março de 1999, além de aspectos administrativos, marca o pacto com a consolidação e o fortalecimento do sistema nacional de saúde, garantindo os seus princípios e diretrizes com a realização de ações intersetoriais para melhoria da qualidade de vida, com a busca do *financiamento estável e com a flexibilização da gestão dos fundos*. Há mudança na lógica de gestão do SUS, enfatizando fortemente a

¹⁵⁸ O PPA é o documento que orienta as ações do governo durante quatro anos. É elaborado no primeiro ano da gestão presidencial e avança no primeiro ano da gestão seguinte.

¹⁵⁹ As diretrizes contidas no Projeto de Lei do PPA 2000/2003 indicam a consolidação da estabilidade econômica com crescimento sustentado; a promoção do desenvolvimento; a geração de emprego e oportunidade de renda; o combate à marginalização social e à pobreza; a consolidação da democracia e a defesa dos direitos humanos. O Congresso Nacional, ao apreciar o Projeto de Lei, introduziu mais duas outras preocupações: a “redução das desigualdades inter-regionais e a promoção dos direitos das minorias, ou seja as vítimas de preconceitos e discriminações” (MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE - PPA, 2000, p. 6).

¹⁶⁰ O acordo firmado com os Secretários de Estado denota uma relativa inflexão nas diretrizes ministeriais, trazendo, novamente à cena, as Secretarias Estaduais de Saúde, obscurecidas pela ênfase acentuada na gestão municipal nos períodos anteriores.

pactuação de objetivos e a avaliação de resultados, podendo se afirmar que a idéia maior da Declaração é o compromisso com o controle, redução de custos, eficiência e eficácia. A racionalidade dominante no documento é o gerenciamento e a governabilidade. O compromisso com a agenda nacional permite identificar as conseqüências para a política de saúde e a concordância com o diagnóstico e as orientações normativas do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 1993, 1997, LAFORGIA, RAW, LEVCOVITZ, 2002) e do BID (LAFORGIA, RAW, LEVCOVITZ, 2002).

O Ministério da Saúde pretende inserir-se nas estratégias da Presidência da República através das seguintes ações:

- *consolidação da estabilidade econômica com o crescimento sustentado* - melhorar a qualidade do gasto público na saúde, mediante o aperfeiçoamento dos sistemas de gestão e controle, operacionalizando as formas de repasse baseadas em critérios populacionais¹⁶¹;

- *promoção do desenvolvimento sustentável voltado para a geração de emprego e oportunidade de renda* - implementar a capacitação de profissionais para elevar a qualidade da prestação de serviços assistenciais e a orientação do modelo das Universidades e das instituições de pesquisa e desenvolvimento;

- *combate à pobreza e promoção da cidadania e a inclusão social* - assegurar o acesso e a humanização dos serviços de saúde, com ênfase no atendimento básico e na expansão das ações voltadas à saúde da família. Serão intensificadas ações de vigilância em saúde, de combate à fome e ampliação do saneamento ambiental (MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE – PPA, 2000c).

As despesas relacionadas com o pagamento de sentenças judiciais e com encargos e amortização da dívida interna e externa não integram o PPA setorial. Silvio Mendes de Oliveira Filho, presidente do CONASEMS em 1999, alertava para o volume dessas despesas em Seminário promovido pelo Ministério da Saúde e Banco Mundial, em abril daquele ano. Os recursos mensais despendidos com os juros e serviços da dívida foram calculados em cerca de R\$ 11,6 bilhões/US\$ 3,8 bilhões, valor equivalente a “mais da metade do total do orçamento anual do Ministério da Saúde e significa um pouco mais do que o total da arrecadação da CPMF¹⁶²” (OLIVEIRA FILHO, 2001, p. 107). Na ocasião, a dívida líquida era

¹⁶¹ Não são mencionados os demais critérios do artigo 35 da Lei 8080.

¹⁶² CPMF – Contribuição *Provisória* sobre Movimentação Financeira, mas que passou a vigorar desde 1997, cujo valor nesse ano foi de R\$ 6,909 bilhões/US\$ 2,303 bilhões.

estimada em R\$ 364 bilhões/U\$ 121,3 bilhões (MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL, 2001).

O alinhamento das ações propostas para a atenção à saúde com o ideário do Banco Mundial é reconhecido nas três ações indicadas, quando comparadas com as *Recomendações sobre as estratégias-chave para o curto e médio prazo*, contidas no documento de 1994 (WORLD BANK, 1994, p. XXVIII).

A Comissão de Orçamento do Conselho Nacional de Saúde chama a atenção para o comportamento da dívida como um dos determinantes para se analisar a questão do financiamento da saúde, especialmente quanto à primeira ação proposta. Em 31 de dezembro de 2001, a Dívida Consolidada da União era de R\$ 998 bilhões (U\$ 332,6 bilhões), sendo que teve um crescimento de R\$ 180 bilhões (U\$ 60 bilhões) em doze meses. De 31 de dezembro de 1999 a 31 de dezembro de 2001, o crescimento da Dívida Consolidada foi de R\$ 352 bilhões (U\$ 117,3). “Isto, apesar do pagamento de Encargos Financeiros da União, EFU, no Orçamento de 2001 de R\$ 107,4 bilhões sendo R\$ 52,8 bilhões de juros e R\$ 54,6 bilhões de amortização” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 2).

Um olhar minucioso sobre os valores constantes no PPA¹⁶³ para os programas mais relevantes fornece uma indicação segura das opções ministeriais, embora o orçamento não possa ser confundido com a sua execução. Esta permitirá, efetivamente, avaliar o cumprimento da peça orçamentária. Do mesmo modo, observa-se que não é objetivo do estudo aprofundar a análise orçamentária, mas cotejar os gastos globais com as agendas dos sujeitos políticos e evidenciar algumas proposições analíticas.

Valores aprovados para alguns programas do Ministério da Saúde - Período 2000-2003:

¹⁶³ O PPA é constituído por 10 macroobjetivos, a saber: 1. Sanear as finanças públicas; 2. Elevar o nível educacional da população e ampliar a capacitação profissional; 3. Ampliar o acesso aos postos de trabalho e melhorar a qualidade do emprego; 4. Ampliar a capacidade de inovação; 5. Fortalecer a participação do país nas relações econômicas internacionais; 6. Assegurar o acesso e a humanização do atendimento na Saúde; 7. Combater a fome; 8. Reduzir a mortalidade infantil; 9. Assegurar os serviços de proteção social à população mais vulnerável à exclusão social; 10. Ampliar os serviços de saneamento básico e de saneamento ambiental das cidades (PPA, 2000).

Programa	Valor (R\$)
Saúde da Família	59.111.474
Prevenção e controle de doenças transmitidas por vetores	2.512.838.025
Prevenção das DST-AIDS	2.402.973.500
Qualidade e eficiência do SUS – modernização gerencial, física e tecnológica do SUS	
Assistência Farmacêutica	1.263.747.626
Prevenção e controle de doenças imunopreveníveis	977.618.324
Alimentação saudável	727.769.058
Profissionalização da Enfermagem	719.499.454
Pesquisa e desenvolvimento em saúde	494.733.096
Atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar	39.588.598.064
Saneamento básico	2.168.374.672
Valorização e saúde do idoso	4.964.227.096
Assistência ao trabalhador	27.978.966.446
Gestão da Participação em Organismos Internacionais	375.830.728
Gestão da Política de Comunicação de Governo	460.996.129

Fonte: PPA, 2000c.

No PPA, destacam-se os altos valores para alguns programas em detrimento dos que têm maior impacto sanitário, como o alto custo do programas *Programa de qualidade e eficiência do SUS – modernização gerencial, física e tecnológica do SUS*, *Valorização e saúde do idoso*, e *Atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar* em relação aos programas de *Saneamento Básico* e *Saúde da Família*. Um outro *topic* a observar no documento que divulga as decisões do PPA, é que o SUS, enquanto um sistema de saúde, merece uma única menção no documento ministerial.

Em relação a uma incoerência no discurso sobre a atenção básica, vale mencionar os valores consignados ao PSF, ainda que este seja adensando com recursos financeiros de outros programas no momento da execução. Na medida em que se constitui o “carro chefe” do sistema de saúde, o montante a ele destinado é muito inferior a outros programas, especialmente se comparado com o *Atendimento ambulatorial e hospitalar* e o *Atendimento ao idoso*. Uma outra incoerência aparente é a reduzida preocupação com o saneamento básico, um fator relevante para melhor qualidade de vida, que deveria ser objeto central em uma política preocupada com a saúde da população.

Alguns valores alocados nos programas indicados no PPA colidem com a agenda da Pastoral da Saúde e da CNTSS/CUT no que se refere à transferência de recursos públicos para o setor privado (CN - CNTSS/CUT, 1998a e PA - Pastoral da Saúde, ICAP, n. 159, p. 1, 2000). Esse choque vem ocorrendo de duas formas, que foram intensamente divulgadas nos

Boletins ministeriais como conquistas da atual política de saúde. A primeira, é a partir do Programa de Profissionalização da Enfermagem, que, indistintamente, prepara profissionais de saúde para a rede assistencial dos dois subsetores, o público e o privado, sem ônus de nenhuma espécie para setor privado. A segunda forma é mais visível, pois o Programa de Qualidade e Eficiência do SUS visa a modernização gerencial, física e tecnológica do Sistema, incluindo os hospitais filantrópicos e conveniados. O superintendente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, afirma que

o programa de reestruturação financeira e modernização gerencial está sendo visto como a “salvação das filantrópicas”. ‘O ministro teve uma visão extraordinária ao entender que as entidades precisavam de uma linha de crédito’. [...] tem como objetivo ajudar hospitais filantrópicos a obter o equilíbrio econômico-financeiro em sua operação. [...] Uma das consequências do programa é que as entidades ficam em situação regular com suas dívidas fiscais e trabalhistas (MS - INFORMESAÚDE 45, 2000, p. 1).

Os recursos repassados aos setores privado e filantrópico são altamente subsidiados. O Ministério da Saúde assim se manifesta:

o sistema SUS tem cerca de 6.500 hospitais que trabalham para a área pública [...] A grande maioria são prestadores de serviços, entidades não lucrativas. [...] Em São Paulo, 47% dos leitos hospitalares do SUS são de entidades filantrópicas. Quero dizer que, ao contrário do que pretendiam setores mais radicais, não discriminamos tais entidades e, mais do que isso, as apoiamos na realização de investimentos, no refinanciamento de suas dívidas e no pagamento de remuneração maiores por seus serviços, quando se dedicam, também, ao ensino universitário (MS - SERRA, 2000a, p. 32).

A afirmativa do Ministério da Saúde remete a item constante da agenda da CNTSS/CUT, que formula veementes censuras ao governo por ter investido pouco em saúde pública. Os reduzidos recursos alocados provocaram, como consequência, o reaparecimento de doenças infecto-contagiosas (CN - CNTSS/CUT, 1998, 2000).

Efetivamente, os estudos (MARQUES, 1999, BRAGA, 2001 e REIS et al., 2001) comprovam a redução ocorrida em atividades de promoção e prevenção sanitária, especialmente a partir da segunda metade dos anos 1990. A diminuição se fez através de contingenciamentos orçamentários, justamente em setores críticos ou estratégicos no contexto da saúde, comprometendo todo o investimento realizado anteriormente. As proporções das limitações foram significativas, como se pode observar no quadro abaixo.

Percentual de descontinuação de alguns programas em 1997:

Em R\$ 1.000

Programas	Orçamento Inicial	Valor liberado	% descontinenciado
Sangue e hemoderivados	22.950	683	3.0
Infra-estrutura de unidades	8.205	1.643	20.0
Saneamento básico	225.059	96.082	42.7
Carências nutricionais	12.750	3.539	27.8
Vigilância Sanitária	55.53	25.806	46.4
Programa do Leite	200.000	99.896	50.0
Erradicação Aedes Aegypti	243.972	140.603	57.6

(Fonte: MARQUES, 1999, p. 37).

Analisando a mesma questão, Marques (1999) destaca, igualmente, a restrição de recursos para o programa de vacinas (-56.63%), programa de combate às endemias (-48.29%) e programa de combate à malária (-78.32%).

Complementando a apreciação, pode-se incluir as informações fornecidas por Braga (2001, p. 32):

lamentável ainda é a evidência de que as atividades de interesse coletivo – controle de doenças transmissíveis, saneamento básico – são as mais prejudicadas quando diminuem as disponibilidades financeiras no campo do governo. O controle das doenças transmissíveis absorveu 4,2% dos gastos em 1993 e 2,5% em 1998, enquanto o saneamento correspondeu a 0,3% em 1993 e a 1,4%, em 1998. Isso é tanto mais grave quando se sabe que o controle de vetores, no caso dessas doenças, exige continuidade espacial e temporal. Portanto, quando diminuem os recursos aplicados perde-se parte dos ganhos que haviam sido alcançados no combate às doenças.

A CNTSS/CUT entende que deve ser radical o exercício do controle social sobre a priorização de atividades nas ações de saúde, conforme se depreende da assertiva seguinte:

o importante é impedir que o dinheiro de todos nós seja colocado em mãos de empresas privadas, que gastam sem qualquer controle e determinam suas prioridades sem a participação da sociedade (CN - CNTSS/CUT/A DEFESA DA SAÚDE EM NOSSAS MÃOS, 1998, p. 3).

A questão da determinação das prioridades é polêmica na agenda dos grupos interessados pela questão da saúde. A CNTSS/CUT e a Pastoral da Saúde defendem a ênfase no investimento para a prevenção e promoção da saúde, sem descuidar de recursos para a ação assistencial. Em distintas ocasiões, o Ministério da Saúde partilha essa visão, embora

sinalize, contraditoriamente, para a centralidade da atenção básica em outras ocasiões, especialmente após as alterações na NOB 01/96, em 1998.

A NOB 01/96, pactuada entre o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, foi sendo revisada através de Portarias Ministeriais, editadas entre final de 1997 e início de 1998. Entre estas, se destaca a Portaria 2.121/GM/MS, que alterou valores em relação ao Piso de Atenção Básica e detalhou a separação entre os recursos financeiros desse tipo de atenção e da Assistência de Média e Alta Complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A Portaria 3.925/GM/MS, de 13 de novembro de 1998, conceitua atenção básica excluindo alguns procedimentos e incluindo outros de grande impacto.

Carvalho (2001) e Bueno e Merhy (2001) ponderam que ocorreram alterações graves em aspectos da organização e funcionamento do sistema devido a esta Norma Operacional. Entre essas modificações, situa-se a regulação das normas e diretrizes do PSF-PACS. Esse é um aspecto decisivo na reflexão sobre a saúde e, especialmente, para a apreciação do direito à saúde nos termos colocados neste estudo. Há a indicação da CNTSS/CUT (s/d), confirmada em estudos recentes (BUENO, MERHY, 2001; MARQUES, 1999; MENDES, 2001b; CARVALHO, 2001), de que o governo federal vem infringindo os preceitos constitucionais através da forma de direcionamento do investimento para a atenção básica por meio da legislação infraconstitucional, ou seja, através das portarias ministeriais, entre as quais se incluem as Normas Operacionais. O incentivo financeiro para a implantação do PSF retira, de certa maneira, a autonomia municipal, tornando o gestor praticamente coagido a aderir ao programa. A nova legislação

fecha a possibilidade de regulamentação dos similares do PACS/PSF (questão prevista na NOB-96) uma vez que define inclusive a composição das equipes (PSF) e detalha o que deve ser considerado para efeito de remuneração. Quem adotar o modelo será remunerado. Quem tiver os serviços sob outra ótica de eficiência não será aquinhado com nenhuma benesse financeira do MS (CARVALHO, 2001).

Em inúmeras ocasiões, a Pastoral da Saúde (PS - ICAPS, n. 157, 159, 1998) e a CNTSS/CUT (CN - 1998a, 1998d, 1999) têm manifestado a preocupação com a importância de se privilegiar a atenção básica, mas não em detrimento dos demais níveis de atenção, o que destruiria a lógica original do sistema de saúde proposto em 1988. Segundo os estudos mencionados, a preocupação procede, uma vez que a adoção do PSF como programa

estruturador da política nacional de saúde, reflete uma anuência às proposições da OPAS e do Banco Mundial para o Brasil¹⁶⁴.

A forma de financiamento das ações e serviços de saúde, implementada através da NOB 01/96¹⁶⁵, altera as transferências financeiras para os municípios e estados, indicando novos critérios para esse procedimento. Foram criados vários tetos, entre os quais se destaca o Piso de Atenção Básica, PAB; o Fator de Ajuste ao PAB, FAI-PAB; e um teto para a Vigilância Sanitária.

A partir do reordenamento financeiro previsto na NOB 01/96, houve, efetivamente, o crescimento de valores definidos para os programas PSF e PACS, em detrimento de outras rubricas ou de alterações programáticas. Quanto à esse aspecto, há uma divergência entre os estudos de Reis, Ribeiro e Piola (2001) e de Marques e Mendes (2001b)¹⁶⁶.

A denúncia do reduzido investimento em ações preventivas e básicas feita pela CNTSS/CUT, o Ministério da Saúde acena o aporte financeiro realizado no PSF e no PACS. Entretanto, estudos que contam com a participação de economistas do próprio ministério indicam que os custos de tais programas são, atualmente, impossíveis de serem mensurados. Os dispêndios para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar,

da forma como são usualmente apresentados, os dados não permitem visualizar alterações significativas operadas na política assistencial em direção ao atendimento ambulatorial, como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), por exemplo (REIS, RIBEIRO, PIOLA, 2001, p. 20).

Reis, Ribeiro e Piola constataam a efetiva redução dos percentuais de gastos do governo federal com a área social – de 17,8% para 15,5% - e de gastos do Ministério da Saúde no período de 1994 e 1998 - de 5,3% para 3,5% (REIS, RIBEIRO, PIOLA, 2001). Contribuindo para a análise sobre a evolução do financiamento à saúde, Braga (2001) confirma e esclarece a dinâmica do sistemático *desfinanciamento* do setor, limitado em função das dívidas federais e dos dispêndios com encargos previdenciários. O autor elucida que

esses dois dispêndios corresponderam a 7,8% dos gastos do ministério em 1993, crescendo espetacularmente para 17,8% em 1995, permanecendo em 16,9% em

¹⁶⁴ A relação do PSF com as políticas das agências internacionais será analisada no item 6.5.

¹⁶⁵ Gilson Carvalho (2001), assessor do CONASEMS, analisa a dinâmica e os conteúdos das NOBs, evidenciando como, em sua opinião, transgridem o previsto constitucionalmente para o SUS inúmeras vezes.

¹⁶⁶ Reis, Ribeiro e Piola (2001) afirmam não ser possível identificar alterações significativas entre os gastos com assistência ambulatorial e hospitalar devido à forma de registro dos mesmos.

1997 e sofrendo redução para 13,2% em 1998. O gasto líquido com saúde, em valor, foi de R\$ 11,8 bilhões em 1993, pulou para R\$ 15,2 bilhões em 1995 e estagnou até 1998 quando foi de R\$ 15,3 bilhões. Percentualmente, esse gasto líquido representou 92% do gasto total em 1993 e 87% em 1998 (BRAGA, 2001, p. 32).

Através de outro procedimento metodológico¹⁶⁷, Marques e Mendes (2001) mostram o percentual de aumento nas transferências para a atenção básica e para alta e média complexidade entre 1998 e 2000. Para procedimentos de atenção básica, o índice foi 15,68 % em 1998, e 24,59% em 2000. Para as ações de média e alta complexidade, foi 29,01% em 1998, e 36,41% em 2000. Os valores do PAB fixo sofreram uma pequena redução entre 1999 e 2000.

As evidências acima não desqualificam as observações da CNTSS/CUT e da Pastoral da Saúde Embora tenha havido expansão dos recursos para as transferências indicadas, houve, no interior das mesmas, contingenciamento em alguns itens como a farmácia básica, carências nutricionais, PACS e vigilância sanitária. Em outros termos, enquanto o montante para PSF contou com recursos 30,16% superiores aos necessários para a execução, os demais programas foram parcialmente executados. Marques e Mendes concluem que as despesas com a saúde, “ao longo do período 1995 a 1998, cresceram somente 1.2%, enquanto o conjunto das outras despesas orçamentárias aumentou em 15.8% (MARQUES, MENDES, 2001b, p. 9).

A situação desfavorável da saúde na composição do gasto do governo federal, nos anos 1990, é reconfirmada quando se verifica que

em 1994, o gasto do Ministério da Saúde foi 5,3% daquele dispêndio efetivo, enquanto em 1998 caiu para 3,5%. Comparado com as despesas financeiras a situação é ainda pior: os gastos do Ministério foram 10,6% das despesas financeiras federais em 1994 e apenas 5,6% em 1998 (BRAGA, 2001, p. 32).

Soares (1999), referindo-se ao comportamento dos gastos em saúde pelo governo federal, mostra que a situação é desfavorável desde os primeiros anos da década de 1990. O setor saúde “que iniciou a década com 13% de participação no gasto, reduziu-a acentuadamente a partir de 1987, chegando a 8% em 1990” (SOARES, 1999, p. 235).

¹⁶⁷ O registro dos gastos ministeriais foi reorganizado no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (anteriormente Sistema de Visibilidade de Receita da União, SIVIRE), que é um sistema construído pelo Conselho Nacional de Saúde para acompanhar a evolução das receitas e despesas do setor, abrangendo os dados municipais, estaduais e federais. Essa alteração pode ter propiciado a análise desdobrada dos gastos mais recentes.

Os estudos¹⁶⁸ sobre o financiamento do setor comprovam assim a baixa prioridade conferida pelo governo federal ao setor saúde, confirmando a posição da CNTSS/CUT e da Pastoral da Saúde para a área – “mesmo porque o elevado déficit público da nação impõe restrições orçamentárias – e, ainda, a falta de instituição de critérios técnicos e transparentes para a distribuição da totalidade dos recursos” (MARQUES, 1998, p. 8).

A restrição orçamentária na área da saúde é apontada pela CNTSS/CUT e Pastoral da Saúde como opção política e não devido à inexistência de recursos financeiros, o que é comprovado pela professora Sulamis Dain (1999) e Comissão de Finanças do Conselho Nacional de Saúde (2002).

A ênfase da importância do controle social sobre a questão orçamentária é delicada porque extremamente estratégica. Ela é a bandeira de luta da CNTSS/CUT e Pastoral da Saúde, além da posição incisiva na Carta da XI Conferência Nacional de Saúde. O ex-ministro José Serra associa-se a essa posição, destacando a importância do Ministério da Saúde envolver-se com a questão orçamentária.

Sulamis Dain (1999), estudando a dinâmica orçamentária do setor público, aponta que o financiamento público da saúde se depara com três polaridades: a relação do financiamento entre os impostos e as contribuições, entre a Previdência e Seguridade, e entre o ajuste fiscal e a política social. Outros autores, entre os quais Reis et al. (2001), apontam a mesma oposição entre impostos e as contribuições, visto que com o nome de contribuições foram criados impostos disfarçados, não partilhados com estados e municípios e que ficam alijados de uma fonte segura de financiamento. A autora comprova que o orçamento da Seguridade Social cresceu, mas houve apropriação dos mesmos para outras finalidades que não as que determinaram sua criação.

A segunda polarização é a que se observa entre a Previdência e a Seguridade Social, como se não integrassem o mesmo orçamento. A contenda entre a Previdência e a Saúde se origina efetivamente em 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, que subordinou os valores a serem repassados pelo Orçamento da Seguridade Social ao disposto na Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO. Em 1993, a lei estipulou em 15,5% o repasse, que de 1988 até 1990, oscilou entre 33,1% e 20,9%. A partir de 1993, a ameaça de uma crise nas contas da Previdência fez com que o Presidente da República autorizasse a redução substancial do

¹⁶⁸ Apresentam dados que comprovam a afirmativa, entre outros estudos, os de Rosa Marques (1998), Sulamis Dain (1999), Reis et al. (2001), Piola e Biasoto (2001) e Reis (2001).

repassse para a saúde e decretasse situação de calamidade pública no setor. A situação foi contornada com um empréstimo do Fundo de Amparo do Trabalhador – FAT, pago posteriormente pelo Ministério da Saúde.

Dain (1999) indica, acertadamente, que se rompeu o processo solidário previsto no desenho do Orçamento da Seguridade Social na Constituição de 1988. Esse fato pode ser apontado como prova inequívoca do abandono das resoluções constitucionais. A partir de 1995, para obter recursos, a saúde passou a depender da disponibilidade de caixa do Tesouro Nacional e de negociações, muitas vezes penosas, com o setor econômico do governo federal.

O terceiro antagonismo é entre o recorrente ajuste fiscal do Estado nos anos 1990 e a apropriação, para esse fim, dos recursos das políticas sociais. Esse fato tem sido denunciado pela CNTSS/CUT, quando alerta que o dinheiro da Previdência, da Saúde e da Assistência está sendo usado para pagar a dívida externa e para acertar as contas governamentais (CNTSS/CUT, 1998, 2000). O parecer coincide com a posição do presidente do CONASEMS em 1999, indicado anteriormente. O governo federal vem usando de alguns estratagemas para deslocar parcela de recursos das políticas sociais, desvinculando-as do orçamento nacional. Reis et al. (2001, p;14) diz que

por intermédio do FEF¹⁶⁹, o governo federal teve como objetivo aumentar o volume de recursos desvinculados no orçamento federal. Além do mais, tentou dessa forma impedir os repasses obrigatórios da União para os estados e municípios por meio do Fundo de Participação Estadual (FEP) e Fundo de Participação Municipal (FPM). No âmbito do OSS, pretendeu igualmente contornar a obrigatoriedade prevista na Lei 8.212/91 (Lei de Financiamento e Custeio da Seguridade Social) que previa percentuais decrescentes de utilização de recursos de contribuições sociais para pagamento de EPU¹⁷⁰.

Contrariamente ao que ocorre nos países avançados, onde o sistema de saúde não se subordina a lógica do Tesouro, a situação brasileira é diferente, com o nível nacional e os níveis subnacionais tentando garantir sua receita fiscal em um emaranhado legislativo que privilegia o governo federal.

A emenda constitucional n. 29, referente aos compromissos orçamentários do setor público para a saúde, aprovada em setembro de 2000, que poderia atender a uma aspiração de vinculação de recursos, é distorcida pelo governo federal reduzindo sua obrigação e

¹⁶⁹ FEF – Fundo de Estabilização Fiscal, anteriormente Fundo Social de Emergência, criado em 1974, e atualmente renomeado de FEF.

¹⁷⁰ EPU – Encargos Previdenciários da União.

atribuindo aos estados e municípios a responsabilidade maior no financiamento do setor saúde (NORONHA, SOARES, 2001).

No Brasil, os recursos fiscais para financiamento das áreas sociais foram e continuam sendo residuais, sendo esta situação confirmada por Reis (1999) e Dain (1999, 2000). Esse encaminhamento contínuo e sistemático favorece,

no limite, inviabilizar um processo contínuo lógico, seja ele qual for, que tenha por objetivo dar solidariedade e integralidade às ações de saúde, nos vários níveis de governo, quando a base de financiamento é extremamente instável (DAIN, 1999, p. 128).

As afirmações de Dain (1999) dão um peso substantivo às críticas da Pastoral da Saúde e da CNTSS/CUT, no sentido de que o que se deve alterar é a política econômica nacional, subordinada à reforma do Estado, voltada para o mercado.

A CNTSS/CUT entende que alguns avanços têm sido conquistados na área de financiamento do sistema, mas alegam que existem falhas como a

a introdução da CPMF, que depois se tornou uma farsa com o Governo desviando abertamente recursos para pagamento da dívida. Mais recentemente conquistamos a vinculação de recursos das três esferas de governo (federal, estaduais e municipais) para o SUS, uma luta de milhares de conselheiros por cerca de cinco anos. Essa nova conquista poderá também se constituir em uma nova farsa, com variadas formas de desvios (CN - CNTSS/CUT, Tese para XI Conferência de Saúde, 2000).

A professora Sulamis Dain, em contribuição ímpar, colabora para desqualificar os argumentos governamentais da precariedade de fundos financeiros, evidenciando que os recursos tributários são “amplamente suficientes para financiar o melhor programa de descentralização do SUS, integrando governo federal, Ministério da Saúde, Estados e municípios”, desde que os recursos vinculados à Seguridade Social, que apresentam crescimento muito mais expressivo que os recursos dos tributos sejam destinados à saúde, conforme texto constitucional, e não sejam “prejudicados pelo apetite de renovação da capacidade fiscal do Tesouro Nacional” (DAIN, 1999, p. 30).

A Comissão de Finanças do Conselho Nacional de Saúde (2002), apreciando a execução orçamentária nacional, aponta um *superávit* da Seguridade Social que ultrapassa R\$ 46,5 bilhões (US\$ 15,5 bilhões), confirmando e atualizando a afirmação de Dain (1999):

o excelente comportamento das Receitas de Contribuições que tornam a Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência) amplamente superavitária, seja na análise por Órgãos (Ministérios) seja na análise por Unidade Orçamentária (INSS, FUNASA, FNAAS, ETC.), seja na análise por Funções (Saúde, Previdência, Assistência e Trabalho), seja na análise por Programas (COMISSÃO DE FINANÇAS DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 2).

As restrições orçamentárias impostas pela área econômica vêm provocando saídas estratégicas que, em médio prazo, tendem a comprometer, negativamente, os recursos para a área e a situação do país. São as recorrências às operações de créditos externos e internos, sendo o principal, e com maior volume de recursos alocados, o REFORSUS.

Originalment, foi intitulado de Programa de *Reforço a Organização do SUS* e posteriormente designado pelo Ministério da Saúde como *Reforço à Reorganização do SUS*, e Projeto de Reforma do Setor Saúde pelo Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento, BID, financiadores do Projeto, em 1996 (Rizzotto, 2000)¹⁷¹. O BID investiu US\$ 300 milhões; o Banco Mundial, US\$ 350 milhões; e a contrapartida nacional foi US\$ 100 milhões.

Rizzotto formula uma crítica no sentido de que

não obstante o enfático discurso do Banco Mundial e do próprio Ministério da Saúde, quanto à prioridade da atenção primária em saúde, a destinação dos recursos do Projeto REFORSUS, em seu conjunto, parecem contradizer essa retórica. De 550 milhões de reais alocados até julho de 2000, R\$ 449,5 milhões (81,7%) foram destinados às Áreas Programáticas I, III e IV, responsáveis pela readequação física, tecnológica e gerencial da rede hospitalar, rede de sangue e laboratórios (RIZZOTTO, 2000. p. 223).

O *InformeSaúde* (MS) número 41, do ano 2000, detalha o REFORSUS. Informa que os investimentos melhoram o atendimento da população através da recuperação da rede física de saúde - hospitais públicos e privados - (R\$ 365/U\$ 121,6 milhões); do reforço ao PSF (R\$ 45,5/U\$ 15,1 milhões); da melhoria de gestão do SUS (R\$ 130/U\$ 4,9 milhões); das melhorias em laboratórios de saúde pública (R\$ 32,5/U\$ 10,5 milhões); e da readequação da hemorrede (R\$ 52/U\$ 14,3 milhões). Os valores ratificam afirmação de Rizzotto (2000), reconhecida nos expressivos valores alçados à recuperação da rede física de saúde.

Outro empréstimo do Ministério da Saúde foi para a *Rede de Proteção Social (RPS)*,

¹⁷¹ Rizzotto (2000) apresenta uma elucidativa informação sobre o processo de empréstimo do REFORSUS e as condições a ele associado, expressando a intencionalidade do Banco Mundial em relação às reformas do setor saúde no Brasil.

cujos programas integram o Programa de Reforma e Proteção Social, que tem como objetivo garantir a prestação de serviços básicos para a população, especialmente os grupos de baixa renda. [...]. A RPS foi criada no ano passado (1999) por meio de um contrato de empréstimo entre o Governo Federal e o BID. [...] Sete programas fazem parte da Rede de Proteção: Programa de Combate às Carências Nutricionais, PCCN, Piso de Atenção Básica, PAB, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, PACS, Programa Saúde da Família, PSF, Programa Nacional de Imunização, PNI, Assistência Farmacêutica Básica, AFB e Programa de Atenção Integral à Mulher, PAISM” (MS – INFORMESAÚDE, 45, fev., 2000).

O valor do contrato firmado entre a União e o BID é US\$ 2.2 milhões, e o Ministério da Saúde assevera que

o programa visa assegurar a dotação orçamentária programada para estes serviços sociais, buscando a melhoria de sua eficácia. Com a Rede, também é possível aprofundar as reformas em curso nos ministérios envolvidos e, o que é mais importante, garantir a concessão de recursos do BID para apoiar as medidas de estabilização da economia brasileira (MS - INFORMESAÚDE, 45, fev., 2000).

O conteúdo manifesto não deixa dúvidas que o Ministério da Saúde vem cooperando para as reformas de ajuste estrutural em curso. O órgão segue as normativas das agências multilaterais e ainda favorece a concessão de recursos das mesmas agências para outros ministérios aprofundarem as reformas.

O aumento da vulnerabilidade da população brasileira frente aos riscos sociais vem fazendo com que a ABRAMGE posicione-se com maior frequência nesse aspecto da agenda política. A Associação sugere a necessidade do governo federal ampliar o atendimento à saúde aos setores empobrecidos, a exemplo de outros países da América Latina, citando como paradigmático o modelo adotado na Colômbia.

De acordo com a ABRAMGE, os maiores impasses na atenção à saúde no Brasil são o desafio de ensinar cuidados de saúde à população de baixa renda, a revisão do financiamento do sistema e a escolha das formas de controle, execução e gestão (AB - 9º CONGRESSO ABRAMGE¹⁷², 2002). Uma das saídas sugeridas é

encontrar novos recursos para o consumidor para que possa comprar planos de saúde. [...] desejar que o empregador tenha algo mais para estimulá-lo ao investimento em saúde do seu empregado. [...] é necessário um fator moderador para contenção e regulação dos custos que impactam a sinistralidade. [...] quando se paga menos de seu próprio bolso por assistência médica, a tendência é de melhor utilização dos serviços; a oferta de recursos acima do necessário agrava os custos; a indicação de muitos procedimentos dificulta a decisão do profissional [...]

¹⁷² O 9º Congresso da ABRAMGE foi realizado em setembro de 2001.

Quando se fala em sinistralidade, fala-se em medir o índice de sinistralidade, destacando que tudo que é medido melhora, e isso não é ganância, é competência (AB - 9º CONGRESSO ABRAMGE, 2002).

Para os representantes da ABRAMGE, a questão social e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde derivam de políticas insensatas e utópicas e da falta de uma distribuição de renda mais efetiva, asseverando que o problema do setor privado decorre das condições econômicas da população.

Segundo Almeida, presidente da instituição (9º CONGRESSO DE MEDICINA SOCIAL DA ABRAMGE, 2002), a generosidade do artigo 196 da Constituição Federal não levou em conta que “la salud no tiene precio, pero la medicina tiene costo”, parafraseando um ex-ministro de saúde argentino, ao argumentar a necessidade de intensificar e modernizar a gestão das empresas de saúde.

Esse cenário faz com que

ofertar e administrar coberturas a agravos à saúde da população deixou de ser uma tarefa secundária da prática médico-hospitalar, para constituir-se numa atividade empresarial, em todos os seus aspectos, normatizada, controlada e fiscalizada pelos órgãos do Estado, e exercida numa área de relevância pública, como deixa registrada a Constituição Federal (AB - MEDICINA SOCIAL DE GRUPO, ANO XIV, 152, 1999, p. 22).

A relação com o Estado se afigura tensa ou positivamente articulada, dependendo da situação conjuntural. Em certos pronunciamentos, é identificado o aceno às parcerias, à ação conjunta, à divisão de tarefas. Em outras declarações, o Estado torna-se presa da

fúria legiferante que atenta contra os princípios saudáveis do mercado, que passa abruptamente de um regime de livre mercado e livre negociação para o mercado regulado, instituindo a anualidade contratual para os reajustes de preços (AB - MEDICINA SOCIAL, ANO XIV, 152, 1999, p. 22).

Embora alerte para o quadro crítico, a ABRAMGE não deixa de apontar o interesse de empresas norte-americanas em firmar parcerias com empresas brasileiras, o que remete às preocupações da CNTSS/CUT com essa possibilidade (CNTSS/CUT/AGÊNCIAS EXECUTIVAS E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, 1999). A inquietação da entidade vem se transformando em realidade. Em agosto de 1998, um representante da Academia para Assuntos Internacionais de Saúde dos Estados Unidos visitou o Brasil, preparando a vinda de um grupo de 25 presidentes de empresas médicas interessadas em empreendimentos no país, sob a alegação da exaustão do mercado americano e as possibilidades não exploradas no país.

O representante da Academia refere-se às empresas como a indústria mundial de cuidados médicos, mencionando que,

1. Como os custos de saúde estão subindo muito precisamos ter instrumentos para manter esses custos controlados; 2. precisamos de uma sociedade de informação sobre saúde internacional [...]; 3. o mercado dos Estados Unidos está se tornando menos interessante para algumas empresas de managed care. O clima de privatização está acontecendo no mundo inteiro e estabelece um clima favorável na maior parte dos países que antes não estavam interessados; 4. conforme disse o próprio ministro nesse evento, a atitude do governo está mudando em termos da importância do setor privado [...] O mercado americano está se tornando menos atraente. Nos Estados Unidos 80% dos estados tem uma legislação anti managed care para ser aprovada e há uma crítica ao próprio processo de managed care. As empresas de managed care estão se concentrando no Brasil e merece nossa atenção. [...] Reinventaram o governo para expandir a função do setor privado na área do financiamento de saúde. [...] Existe uma aceitação cada vez maior da idéia de que cuidados de saúde devem ser parte do contrato psicológico entre empregados e empregadores e não um direito público (AB - MEDICINA SOCIAL DE GRUPO, ANO XIII, N. 147, AGOSTO 1998).

A séria afirmação de que o governo brasileiro vem favorecendo a ampliação do setor privado é confirmada em um estudo de Howard Waitzkin e Célia Iriart, realizado em 1995 e publicado em 2000, acompanhando a implantação e o impacto deste tipo de empresas nos cuidados de saúde em geral e na saúde pública em particular, nos Estados Unidos e na América Latina. A mesma afirmação, se encontra em pronunciamento de Carlos Eduardo Ferreira, diretor da Federação Brasileira de Hospitais, no Seminário *A separação do Financiamento e da Provisão de Serviços do SUS* (MNISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL, 1999, p. 101), “a Constituição de 1988 previa, inicialmente, a total estatização do setor de saúde do país, com a marginalização completa do setor privado. Depois dos *desdobramentos da Constituição*¹⁷³, foi possível a participação do setor privado nesse setor”.

Braga (2001) confirma que o setor saúde é um nicho de mercado em expansão. Apoiando-se em estudo de Ligia Bahia (2001b), o autor aponta que as organizações empresariais vêm ampliando venda de pacotes de menor preço para proteção à saúde, com produtos limitados, restritos aos municípios ou regiões, atendendo à população de baixa renda, principalmente mulheres e crianças. Aponta, corretamente, que “*SUS-dependentes* é uma expressão de uso corrente nos debates sobre saúde no Brasil (Braga, 2001, p. 40). É curiosa e reveladora, uma vez que representa aquela grande maioria da população que não possui ocupação e renda compatíveis para participar como consumidor no processo de mercantilização do sistema de atenção médica”. Estima-se que 75,5% da população brasileira

não possui planos privados de saúde. Esse percentual parece ser correto quando confrontado com os números relatados pela ABRAMGE, quando relaciona que 40 milhões de pessoas possuem algum tipo de cobertura privada para atenção à saúde (ABRAMGE, 2002). “Essas informações indicam o quanto é imprescindível, socialmente, a rápida melhoria das condições de acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil” (BRAGA, 2001, p. 40).

Considere-se que esse movimento revela uma ocupação crescente do que, em tese, seria o “espaço público”, criando-se, assim, uma espécie de “lastro” que vai sedimentando o terreno para uma privatização mais radical da atenção à saúde no Brasil (BRAGA, 2001, p. 39).

Iriart, Merhy e Waitzkin (2000) analisam que, facilitando o processo de *transnacionalização da atenção gerenciada*, há uma transformação no plano ideológico, com a construção de um novo consenso sobre as práticas sanitárias, com que as comunidades epistêmicas das agências multilaterais desempenhem um importante papel nesse processo.

Os *topics* que vêm sendo veiculados na matriz discursiva do Ministério da Saúde são os mesmos identificados pelos autores acima citados no estudo realizado. Os principais pontos são os seguintes: a crise da saúde tem origem no financiamento; o gerenciamento introduz uma nova racionalidade que prima pela eficiência e eficácia: a eficiência econômica aumenta com a separação entre financiamento e prestação dos serviços; as medidas e decisões clínicas devem subordinar-se à eficiência para redução dos custos; o mercado é o melhor regulador da qualidade e dos custos e deve ser incentivado nesse sentido; é economicamente mais interessante subsidiar a demanda que a oferta. Outros *topics* apontam para a flexibilização das relações trabalhistas que, supostamente, ampliam a eficiência e a qualidade dos serviços; que a administração privada é menos sujeita à corrupção do que a pública; que a liberdade de escolha favorece a qualidade do sistema de saúde; que o cidadão consumidor garante mais seus direitos do que o usuário/cliente; e, finalmente, que a garantia da qualidade está na satisfação do cliente (IRIART, MERHY E WAITZKIN, 2000).

Constata-se, que tais *topics* assemelham-se aos difundidos pela ABRAMGE, que caracterizam, efetivamente, o modelo de bem estar pautado no ideário liberal, afastando-se dos princípios que permeiam o modelo institucional-redistributivo, contidos nos pressupostos constitucionais.

¹⁷³ Grifos meus.

6.4 Tendências na gestão da atenção à saúde

Previamente à análise das diferentes proposições e críticas sobre a gestão da atenção à saúde, convém marcar o posicionamento teórico e político sobre a questão. Partilha-se da posição de Silva (1999) de que a dimensão organizacional não existe como um fim em si mesma, sendo consequência de opções estratégicas e de princípios ético-políticos que sedimentam a ação estatal. Derivando dessa afirmativa, a apreciação sobre a situação e as tendências organizacionais do sistema de saúde brasileiro deve pautar-se em três princípios interdependentes: 1. o princípio de justiça distributiva e concretamente, quais são os interesses – organizados ou difusos, explícitos ou emergentes – que se apresentam e influem na configuração do sistema; 2. o reconhecimento da necessidade de um Estado forte, hábil e competente no plano nacional e subnacional, para afiançar o interesse público (e não os interesses corporativos e particularistas), o financiamento e o controle estatais, nos termos constitucionais e 3. a idéia de uma Federação nacional onde os três níveis de governo têm responsabilidades e funções distintas, que devem ser coordenadas convenientemente, constituindo um sistema de saúde.

Na esteira desse raciocínio, destaca-se a importância das definições; os limites das competências e dos instrumentos que articulam os setores públicos (nacional e subnacional); e a inclusão, nessa dinâmica, do setor de saúde privado, suplementar ou complementar, de acordo com a Constituição Brasileira. As matrizes discursivas do Ministério da Saúde e da CNTSS/CUT contemplam a questão, embora com olhares diferentes sobre os papéis dos atores relacionados à atenção à saúde.

A influência das agências multilaterais e internacionais, através das comunidades epistêmicas, não pode ser descartada, visto que têm marcado, fortemente, alguns encaminhamentos na área. Identifica-se a ação na declaração do Ministério da Saúde, ao afirmar a integração dos setores, contrariamente ao que está na Constituição:

nesse contexto (da universalidade) o Serviço Único¹⁷⁴ de Saúde, o SUS impõe-se como inexorável, devendo integrar as áreas estatal, filantrópica e privada na produção dos serviços. É perda de tempo incensar ou amaldiçoar o SUS. O que precisamos é que funcione melhor (MS - SERRA, 2000a, p.17).

¹⁷⁴ Em não sendo um erro de grafia, poder-se-ia identificar um desejo do ex-ministro José Serra de instituir um serviço de saúde no país.

A idéia da integração e do melhor funcionamento do sistema encontra-se na base da argumentação do Ministério da Saúde. O Ministério entende que a descentralização da execução dos serviços e a gestão unificada evitariam as duas formas de gastar mal o dinheiro público, a corrupção e o desperdício.

Acertadamente, o então Ministro Serra afirma que a descentralização deve privilegiar a transferência dos serviços aos municípios, e que a união deve executar apenas o que os Estados e Municípios não puderem fazer. Em toda a matriz discursiva ministerial, a função atribuída ao Ministério da Saúde é o de formulação e controle de políticas de saúde. Entretanto, estas funções ocorrem de maneira segmentada e direcionada para alguns aspectos do sistema, justamente os contidos no *Quadro de Recomendações* e em itens do documento do Banco Mundial (1994).

O Ministério da Saúde propõe a descentralização, o aperfeiçoamento de mecanismos de controle que se autonomizem das ingerências políticas e a flexibilidade dos métodos de funcionamento do sistema de saúde. Com essas medidas seria possível contornar o diagnóstico da indefinição de responsabilidades entre os níveis do setor público; dos altos custos do sistema; da falta de qualidade dos serviços prestados; da instabilidade política; da falta de preparo administrativo dos subsetores de saúde; e do *engessamento burocrático* do Estado.

A análise ministerial sobre o despreparo administrativo e a imprecisa definição de papéis é reconhecida e detalhada por Silva (1999), que verifica uma rigidez e um anacronismo nas formas de organização do setor público para intervir na atenção à saúde, apesar de o autor reconhecer os avanços viabilizados pelas NOBs. Relata a ausência de planejamentos estratégicos; a baixa autonomia organizacional e operacional no desempenho das atividades; a ausência de incentivos de desempenho entre as unidades; o descaso com padrões de eficiência, eficácia e efetividade; em síntese, fenômenos relacionados ao padrão da cultura política brasileira. A escassa responsabilização impera do lado dos gestores, com o usuário do sistema, não sendo visualizado como cidadão de direitos no trato cotidiano, e do lado do usuário do sistema, a completa ausência da idéia de saúde como um direito, ou seja, do princípio de apropriação do que sejam os seus direitos (SILVA, 1999). O desconhecimento da política nacional de saúde, tanto do lado dos usuários como dos gestores, é sintomática do referido padrão de cultura.

As autoridades sanitárias assinalam ainda que

as dificuldades de descentralização não são devidas apenas a Brasília. [...] Há, por fim, despreparo na esfera federal para passar do trabalho de execução ao trabalho de coordenação; e há o despreparo administrativo das outras esferas da federação para assumir a execução de muitas das ações da Saúde. [...] (MS - SERRA, 2000a, p. 19).

Outro ponto complicado: quando não se define o papel do Estado ou do município ou a quantidade de recursos que eles deveriam colocar na saúde, o sistema fica anárquico. [...]. No município a anarquia é igual (MS - NEGRI, 2001, p. 60).

Com o intento de viabilizar a sustentação legal para as propostas, no início do mandato, o ex-ministro Serra institui um conjunto de portarias e resoluções que alteraram o perfil organizacional do sistema. É necessário observar que Serra não reedita outra Norma Operacional, que seria nomeada como NOB 98, mas transforma significativamente a NOB 01/96. Esse procedimento favorece, no limite, um equívoco de apreensão pelos estudiosos da área e gestores desavisados.

As novas medidas compreendem dois grandes grupos de encaminhamentos e providências: inicialmente, o aprofundamento da descentralização operacional, administrativa e financeira do sistema de saúde; em segundo lugar, a implantação de uma nova lógica da administração pública, incorporando modelos gerenciais que privilegiam o atendimento pronto e eficaz das necessidades dos cidadãos, agora nomeados de *cidadão consumidor ou cidadão usuário*. Pretendem ainda reduzir o custo social da doença e o “*custo econômico de tratamentos complexos e de hospitalização*” (MS - SERRA, 2000a, p. 19, SEMINÁRIO DE RECURSOS HUMANOS, 1998).

A Pastoral da Saúde e a CNTSS/CUT apóiam a primeira medida, frisando a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde. Entretanto, formulam uma crítica radical ao outro tópico da agenda estatal, pois ela conduziria, celeremente, à expansão do processo de privatização e a uma alteração indesejada nas funções estatais. A preocupação parece estar assente nas idéias e proposições reformistas que foram implementadas desde o início do governo Cardoso, que, em busca da governança e governabilidade, transforma a administração pública, até então plasmada pela lógica da ação pública, em uma administração gerencial, ou “nova administração pública” (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 80).

Descentralização

Quanto à descentralização, a primeira grande alteração é a decorrente das alterações da NOB 01/96, que levam a clivagens que devem ser detalhadas, visto sua relevância para o objeto deste estudo.

A respeito da dinâmica descentralizadora que ocorreu no país após 1988, Heloísa Oliveira (2001) apresenta uma ponderação que merece ser retomada, visto sua forte articulação com a questão dos direitos sociais. A autora indica que coexiste, no processo de gestão, uma dinâmica centralizadora convivendo com uma descentralizadora, o que produz

uma excessiva especialização nas áreas de competência dos decisores localizados nos escalões intermediários da burocracia, o que favorece uma visão parcial da totalidade do processo econômico ou político e diminui a probabilidade de que as implicações do conjunto de decisões tomadas nesse nível sejam incluídas na pauta desses decisores (OLIVEIRA, 2001, p. 69).

Inicialmente, é interessante pontuar a descentralização como um processo mais amplo de transferência de responsabilidade e competências do nível central do sistema para os níveis subnacionais, que consistem nos sistemas de gestão. Nessa direção, Bueno e Merhy (2001) asseveram que a NOB 01/96 tem um caráter regulatório necessário e apresenta inovações relevantes em termos de financiamento e aumento das transferências diretas. Entretanto, contém um paradoxo ao indicar a gestão plena do sistema pelo município e, simultaneamente, instituir um duplo sistema de saúde, configurado pela Gestão Plena da Assistência Básica de Saúde e pela Gestão Plena de Sistema de Atenção Integral à Saúde. Os autores alertam para as coincidências observadas na NOB 01/96 e nas propostas neoliberalizantes contidas no documento *A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde*, formulado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, em 1998. Consideram que o documento do MARE prevê a transformação dos hospitais em organizações sociais que darão sustentação futura ao atendimento da média e alta complexidade, podendo participar do orçamento federal, estadual e municipal.

O ex-Ministro Bresser Pereira propõe uma reforma da saúde, em que as

idéias-força do novo sistema são: (1) tetos físicos e financeiros de gastos em saúde distribuídos aos municípios através dos estados, de acordo com a população residente; (2) responsabilização compartilhada da União, dos estados e dos municípios pela saúde; (3) municipalização do controle dos hospitais [...]; (4) prioridade na capacitação das prefeituras para desenvolver seus sistemas básicos de atendimento básico, [...]; (5) entrega do Cartão Municipal de Saúde para cada cidadão; (6) transformação dos hospitais estatais em organizações públicas não-estatais, competitivas com as entidades filantrópicas e privadas; (7) reafirmação da prioridade para a medicina sanitária e preventiva (CADERNOS MARE, n. 13, 1998, p. 23).

Confirmando essa tendência, Dain (1999) destaca que existe uma parte dos recursos financeiros do SUS que não obedece a critérios de desembolso fundo a fundo ou a outro

critério alocatório, sendo objeto de acirrada disputa entre as unidades da rede pública. Uma parcela desse recurso financia as intervenções de maior complexidade, que são feitas, em geral, pela rede de assistência privada.

Bueno e Merhy (2001) alertam para a convergência das propostas contidas na NOB 01/96, em direção à reforma do Estado no campo das políticas sociais, notadamente na proposta de gestão e na construção de um novo modelo médico-sanitário¹⁷⁵. Entendem que o novo documento de regulação contém ainda outras antinomias:

ao mesmo tempo que aponta as relações de independência do município como gestor pleno do sistema, coloca projetos de incentivos de financiamento das ações de saúde de modo verticalizado, sem respeitar as distintas realidades sociais e sanitárias de cada região, e dentro de certas modalidades assistenciais específicas, como o programa de saúde da família. Além disso, dá poderes efetivos para organismos burocrático-administrativos, como a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, sobre fóruns mais democráticos do sistema, como os Conselhos de Saúde, na definição sobre os programas que serão incentivados (BUENO e MERHY, 2001).

Efetivamente, a transformação do valor do financiamento do Piso de Atenção Básica em fixo e variável, através do incentivo à implantação do PSF, induz a uma série de questionamentos de ordem política, técnica, organizacional e trabalhista.

O artigo 35 da Lei 8080/90 define uma série de critérios para a alocação de recursos financeiros, entre os quais se sobressaem o número de habitantes, a situação epidemiológica e a rede instalada. Assim o patamar mínimo de um piso básico seria calculado com base no número de habitantes, com acréscimo variável a partir de critérios legais, ouvido o Conselho de Saúde. A delimitação estreita do novo Piso de Atenção Básica fere a autonomia municipal, transformando os Secretários Municipais de Saúde em simples gestores do sistema implantado. A afirmação anterior não desconsidera o despreparo de muitos gestores para conduzir a política sanitária, nem o intrincado emaranhado de relações pessoais que interferem, no plano municipal, nas definições do setor. Para resolver os problemas de despreparo gerencial e opções equivocadas ou personalistas dos Secretários de Saúde, o Ministério da Saúde poderia acionar outras estratégias, como o fortalecimento de um Conselho Municipal mais representativo, entre outras ações.

¹⁷⁵ As matrizes discursivas relativas ao modelo médico-sanitário serão analisadas no próximo item.

Curiosa e coincidentemente, a revisão da NOB 01/96, através das Portarias Ministeriais, exclui do Piso de Atenção Básica vários procedimentos de média complexidade que integravam a Norma Operacional original, tornando sem efeito

o elenco e valor do PAB discutidos na Comissão Intergestores Tripartite -CIT e CNS; modificações no teto de PACS-PSF, onde o acréscimo do PAB estava aberto a todos os municípios; tetos superiores de PAB para municípios que reconhecidamente tenham maior produção (CARVALHO, 2001).

Uma segunda ressalva à forma de implantação prevista na NOB 01/96, está em criar uma situação de desigualdade entre os municípios ao ampliar o financiamento, através dos incentivos, unicamente aos que optarem pelo PSF. Assim, municípios que têm uma rede assistencial estruturada, com um modelo diferente, mas que conseguem um desempenho altamente satisfatório, seriam obrigados a transformar seu plano municipal de saúde para garantir maior financiamento. Ao enfatizar a centralidade da atenção primária no PSF, não anulam as especificidades locais.

A sugestão de Silva (1999) é que a rede básica deveria utilizar as boas experiências do Programa de Saúde da Família e, simultaneamente, agregar um conjunto de iniciativas relacionadas ao atendimento prestado nas unidades básicas. A argumentação decorre do reconhecimento da diversidade regional brasileira, que não permite a mesma forma de organização da rede básica em realidades díspares em cultura, economia, história e condições sanitárias. A CNTSS/CUT e os signatários da Carta da XI Conferência mantêm a mesma sugestão quando alertam que *“o SUS tem que ser descentralizado, abrindo espaços para que gestões locais sejam criativas na resposta às necessidades daquela região”* (CN - CNTSS/CUT/TESE XI Conferência, 2000b, p.3).

A determinação do que é o Piso de Atenção Básica, ou o que se pode financiar com os recursos dessa rubrica, retira a liberdade dos gestores municipais para implementar programas necessários que não determinados na NOB 01/96. Hésio Cordeiro (2001) argumenta no mesmo sentido ao afirmar que

mantém-se e, até certo ponto, complexifica-se o processo de repasse de recursos carimbados para atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, hospitalizações, incentivos e programas prioritários, além de persistirem critérios de repasses através de convênios para programas verticais (CORDEIRO, 2001, p. 325).

Pode-se reconhecer, no desenho do Piso de Atenção Básica, o quanto se assemelha ao *pacote básico* ou aos serviços clínicos essenciais, sugeridos pelo World Bank (1994, p.

XXIII) ao governo nacional. Ou seja, “establish a standard benefit package for all citizens, and ambulatory care, covering prevention and secondary care, and prioritizing funding for tertiary care services”. É no foco de acentuada ênfase nos serviços básicos que se pode entender a intencionalidade não explícita de favorecer a expansão do mercado para o setor privado, ou público privatizado. A oferta tende a crescer na ausência do setor público como prestador de assistência hospitalar de média complexidade (BUENO, MERHY, 1998).

Essa afirmativa ganha credibilidade quando se estabelece a comparação com outros países da América Latina, que implantaram, desde o final de 1980 e início de 1990, modelos de atenção com a mesma configuração. As reformas processadas seguiram as orientações normativas para os países em desenvolvimento das agências internacionais, nomeadamente do Banco Mundial. No modelo implementado, a articulação entre os setores é reconhecidamente fortalecida, com prejuízos para a população empobrecida, conforme se resgata no relato de Nelly Alvarado (2002).

Reverendo os pressupostos que nortearam as alterações nos sistemas de saúde nos países capitalistas, cabe lembrar a resignificação dada ao princípio da equidade pelo Banco Mundial. O significado original, a partir da definição clássica de Whitehead, em 1992, e ratificada em 2002 (1992; 2002), indica três linhas básicas: acesso igual para necessidades iguais, utilização igual para necessidades iguais e qualidade igual no atendimento às necessidades. A igualdade permeou o debate e a construção dos sistemas de saúde dos países centrais entre as décadas de 1950 e 1970. Podia se dizer que equidade em saúde significava atendimento igual, em que a desigualdade se manifestaria nas necessidades desiguais, que mereceriam então atenção especial. O direito à saúde era absoluto, como uma necessidade humana básica.

A entrada do Banco Mundial na área da saúde introduziu uma outra racionalidade na questão, em que o princípio da equidade, nos países em desenvolvimento, passa a ser subordinado tanto à existência e destinação de recursos como aos critérios de eficiência e eficácia. O Banco afirma que o gasto público em saúde deveria ser definido em função dos custos e que deveria orientar-se para programas mais eficazes, que contribuiriam em maior medida para ajudar os pobres. Sugere que, se os programas de saúde forem reorientados para *saúde pública e serviços clínicos essenciais*, haveria maior eficácia com redução de custos (WORLD BANK, 1994).

A Comissão Econômica para a América Latina e Caribe, CEPAL, integrando o consenso das demais agências internacionais, recomenda que a política de saúde seja baseada em *princípios de seletividade de base territorial e focalização nos mais necessitados*. A idéia

se situa na linha da reestruturação produtiva articulada à atenção social à população em situação de vulnerabilidade social. A equidade passou a ser parametrada pela análise do custo-efetividade ou custo-benefício expressa em termos de dólares por dias de vida saudável obtidos (2000).

Laurell (2000a) interpõe a abordagem ética distributiva ao cálculo estritamente econômico. Afirma que a racionalidade econômica do cálculo custo-benefício, proposto para determinar o conteúdo do pacote básico de ações de saúde, pode parecer impecável em termos de otimizar e economizar recursos, mas não aborda problemas fundamentais no plano ético. Ou seja, “quien explicará a la gente las razones por las cuales se ha decidido que estos servicios sólo son para los que pueden pagarlos y cómo se piensa em justificar esta decisión?” (2000).

Em relação, ainda, ao processo de descentralização, o Ministério da Saúde radicaliza seus propósitos, como se depreende das manifestações do ex-ministro ao indicar:

a descentralização da execução de serviços, unificando também sua gestão, é um requisito essencial para que esse sistema possa funcionar.[...] Lembro apenas que a descentralização, no Brasil, é mais essencial do que na grande maioria dos países, em virtude do tamanho do território e da população, bem como da complexidade da Federação Brasileira (MS - SERRA, 2000a. p. 17, p. 33).

Gerschman (2000), estudando a convergência entre os processos formais e os procedimentos concretos de descentralização, encontrou informações que apresentam forte interconexão com o objeto de estudo - razão pela qual merece ser abordado. Analisando os aspectos procedimentais da descentralização, a partir da NOB 01/96, a autora (2000) identificou, nos processos de habilitação, um *mix* de procedimentos técnicos e pressões políticas entre grupos de interesse e instâncias institucionais de execução da política no nível federal, estadual e municipal. O estudo resgata a precariedade e a insuficiência dos dados exigidos pela NOB 01/96, em que há relatórios de gestão incompletos e vagos, e questões decisivas para a habilitação não são respondidas. As deficiências mais sérias dizem respeito às informações sobre os Conselhos Municipais, dados sobre vigilância sanitária e rede laboratorial. Na interpretação de Gerschman, os dados permitem duas conclusões, ambas apontando para as debilidades de regulação: baixa formalização dos procedimentos e de instâncias regulatórias eminentemente políticas, pois a avaliação é feita pela comissão tripartite e quem acredita é o Ministério da Saúde. Confirma-se, portanto, a tendência persistente da ausência do controle social, apontado como essencial pela CNTSS/CUT (CN -

1998, 2000a), pela Pastoral da Saúde (PS - ICAPS, n. 174, 2000) e reiterado na Carta da XI Conferência (2000).

Assim, procedem as afirmações e críticas identificadas na matriz discursiva da CNTSS/CUT, no sentido da redução da esfera pública e uma nova pactuação de interesses, com a exclusão ou a redução dos espaços democráticos de decisão, falseando o processo de descentralização (CN - CNTSS/CUT/O SUS EM NOSSAS MÃOS, 1998, p. 12).

Decorrente do estudo mencionado, Gerschman (2000, p. 164) aponta que, malgrado os avanços técnicos, ainda persiste a forte influência nos

processos decisórios que comportam modalidades políticas clientelísticas e corporativistas de intermediação de interesses. A implantação da descentralização da política de saúde se dirime entre atores políticos do executivo, gestores do sistema de saúde, profissionais médicos e lobbies diversos, assim como culturas institucionais que favorecem alianças na base de trocas convenientes para as elites políticas locais e que interferem fortemente nos processos reguladores.

Um aspecto preocupante é que a afirmação acima contradiz a informação do Ministério da Saúde (SUS: PRINCÍPIOS E CONQUISTAS, 2001), reforçando as críticas da CNTSS/CUT, de que as regulamentações no nível infraconstitucionais se deslocam dos princípios originais.

Sulamis Dain (1999) afirma que, no campo do financiamento, a descentralização não pode se limitar ao problema técnico-contábil de transferência de recursos, mas deve incluir o princípio da equidade na alocação de recursos em sua agenda, cabendo ao Ministério da Saúde integrar e orientar os municípios com escassa capacidade de gestão. Não sendo favorável a uma descentralização radical, a autora sugere a expansão dos pisos pactuados em patamares hierarquizados - estaduais, regionais e locais - consoante a ordenação constitucional, viabilizando a integração do sistema.

O processo padece de uma irracionalidade grave, que é o fato de se ter de fazer uma descentralização radical para uma instância descentralizada extremamente inorgânica e incapaz de acolher homogeneamente programas de saúde (DAIN, 1999, p. 133).

Outro ângulo que vale destacar na matriz discursiva da CNTSS/CUT, no sentido que explica as fragmentações e as assimetrias verificadas no processo de descentralização, é o relacionado à inexistência de um plano nacional de saúde que dê concretude aos princípios e diretrizes do SUS.

Descentralizado, entretanto, não significa seis mil diferentes sistemas de saúde no país, mas um sistema referencial único e racional, com gestão descentralizada e modelos de atenção adaptados às necessidades locais. [...] Este SUS que queremos só será possível se for prioridade de governo, parte de uma política social mais ampla, onde educação, saneamento básico, moradia, transporte e outras questões que repercutem diretamente na saúde sejam enfrentados com determinação, onde a população tenha as necessidades básicas atendidas, a renda seja distribuída, os direitos sociais garantidos e o controle social seja de fato exercido por aqueles que devem decidir sobre os problemas de saúde na região. (CN - CNTSS/CUT/TESE XI CONFERÊNCIA, 2000, p. 4).

A preocupação dos atores políticos governamentais centrou-se em técnicas administrativas e gerenciais, em que o suporte financeiro não serviu para retomar a idéia de planejamentos estratégicos, com a necessária avaliação sistemática de resultados. Isso seria mesmo impossível, dado o papel secundário do Ministério da Saúde no setor de implementação de políticas nacionais de saúde.

Administração pública gerencial

A idéia de governança subsidia todo o leque de alterações que o Ministério da Saúde imprimiu e que pode ser identificado na Declaração Conjunta do Ministro José Serra com os Secretários de Saúde em 1998. Indica ser necessário mudar “*a lógica de gestão do SUS enfatizando a pactuação de objetivos e avaliação de resultados [...] garantir padrões de qualidade, eficiência e eficácia*” (MS - DECLARAÇÃO CONJUNTA SECRETÁRIOS, 1998).

A matriz discursiva da modernidade, da eficiência, passa a fazer parte da administração pública. Incorpora inovações tecnológicas e é mais voltada para o controle dos resultados do que para o controle dos procedimentos. Apontam para o cidadão cliente ou cidadão usuário e para a terceirização das atividades auxiliares ou de apoio, que passam a ser contratadas competitivamente no mercado (BRESSER PEREIRA, 1998).

Os princípios gerenciais são retraduzidos, no sentido da formação gerencial de administradores hospitalares da rede pública e privada e da flexibilização de contratos com gestores municipais, prestadores de serviços e recursos humanos do sistema de saúde. Concorrem para a criação de alternativas, nem sempre condizentes com os princípios constitucionais, para a prestação de serviços e as ações de saúde. Coincidem em vários pontos com o proposto pelo Banco Mundial, em 1994:

iniciar um estudo sobre o custo de serviços como uma primeira etapa para o estabelecimento de políticas que promovam uma compatibilização entre orçamento e prioridades de investimento [...] Elaborar um estudo abrangente para avaliar o SIH/SUS e SIA/SUS, em relação a custos, contenção de custos e controle de

volume, baseando-se na experiência e conhecimento de setores governamentais e não governamentais de dentro e de fora do Brasil. [...] Elaborar experiências bem documentadas para testar opções alternativas de controle de custos e volume, e avaliá-las criticamente para efeitos de orientação de políticas de saúde (BANCO MUNDIAL, 1994, XXIII).

Os procedimentos gerenciais, as técnicas de *benchmarking*¹⁷⁶, indicados pela ABRAMGE, integram-se ao setor público para compatibilizar a melhoria dos processos e produtos com a redução dos custos. Há um movimento de tentar conduzir a área governamental com os moldes gerenciais e a mesma lógica do setor privado.

No segundo aspecto das alterações promovidas pela NOB 1/96, verifica-se uma discordância de agenda entre o Ministério da Saúde e a CNTSS/CUT não em termos de objetivos e metas finais, mas na dimensão organizacional e de gestão do sistema. A CNTSS/CUT não desqualifica a necessidade de eficiência, eficácia e qualidade na atenção à saúde. Contrapõe-se, entretanto, à forma que vem sendo realizada, com a substituição das instâncias de controle social pelos executivos das agências reguladoras ou somente pelos gestores. Igualmente, questiona o conteúdo que permeia os princípios da administração gerencial que vem sendo adotada na área pública pelo governo atual (CN - CNTSS/CUT, AGÊNCIAS EXECUTIVAS E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, 1999). A esse respeito, o Ministério da Saúde entende que os princípios que inspiraram o projeto do SUS, no passado, são coerentes com as diretrizes da atual reforma do Estado. Garantem a satisfação do cidadão como portador de demandas particulares. Afirmam que,

naquela época, as lideranças sanitárias haviam pressentido a necessidade de romper com o domínio enrijecedor exercido pela burocracia sobre o aparelho administrativo dos serviços de saúde. [...] Essa ousada descentralização tem como pressuposto uma autonomização dos agentes envolvidos, visto considerar que os mecanismos burocráticos tradicionais se apresentam muitas vezes como dispendiosos e dispensáveis (MS - SEMINÁRIO DE REGULAÇÃO E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS, 1998, p. 12-13).

A argumentação do Ministério da Saúde transfere a questão da descentralização para a discussão do rompimento com o domínio burocrático. O discurso apresenta, de forma tautológica, procedimentos administrativos como se fossem procedimentos burocráticos. A racionalidade gerencial parece fazer parte do domínio do mercado, do domínio privado.

¹⁷⁶ O benchmarking na saúde, tem o objetivo de implementar mudanças que levem a melhorias significativas nos processos e produtos e se baseia na observação e comparação de procedimentos e resultados entre unidades de serviços.

De acordo com o discurso da CNTSS/CUT (2001b), dois aspectos são referidos como delicados e ameaçadores ao SUS: a flexibilização que viabilizou a criação dos Consórcios de Saúde fora do estatuto legal inicial e a desestruturação da rede pública de saúde no setor de recursos humanos¹⁷⁷.

Os Consórcios de Saúde foram idealizados como estratégias para resolver as dificuldades regionais de saúde, agrupando os municípios em uma organização jurídica que teria possibilidade de receber recursos orçamentários para fazer face às necessidades da região. No entanto, vêm sendo implementados, com anuência do Ministério da Saúde, como *pessoa jurídica de direito privado e através de contratos e não de convênio*. Essa forma desvirtua sua concepção originária, além de favorecer a privatização do setor. Os Consórcios de Saúde estão se constituindo como empresas privadas de saúde e

geralmente recebem os hospitais, centros de especialidades, equipamentos, funcionários públicos e operam com recursos do contribuinte. As administradoras dos consórcios – embora sejam constituídas como “sociedades civis sem fins lucrativos” – não seguem qualquer regra que preserve a boa utilização dos recursos que são de toda a população. Elas não contratam por concurso público, não compram mediante licitação, não submetem sua contabilidade ao Tribunal de Contas do Estado (CN - CNTSS/CUT, 2001b).

A CNTSS/CUT afiança, no mesmo documento, que os repasses financeiros aos Consórcios possibilitam a instalação de estruturas paralelas, maiores que as das Secretarias Municipais de Saúde. Isso caracteriza a vontade política dos governantes de investir em organizações que perderam o caráter público, que atendem a uma composição de interesses, ao nepotismo, à cobrança de consulta “por fora”. O documento assegura que a orientação do Ministério sugere a estratégia de utilizar a

sociedade civil para organização dos consórcios [...]. Isso vale dizer que o governo, por intermédio do Ministério da Saúde, incentiva uma administração separada da gestão municipal, via empresa privada (CN - CNTSS/CUT, 2001b).

A ABRAMGE (AB - 9º CONGRESSO, 2001), em sua matriz discursiva, aprova as iniciativas de flexibilização das relações entre o setor público e privado, observando que “*há maior participação do setor privado na administração de financiamentos públicos e privados*”.

¹⁷⁷ A questão dos recursos humanos foi mencionada como o grande desafio a ser superado em todas as conferências do Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas (2002).

As críticas da CNTSS/CUT não se afiguram como uma negação aos Consórcios de Saúde, posição formalizada no documento, mas como um alerta de como os setores conservadoras e privatistas se apropriam de determinados instrumentos de implantação do SUS e conferem aos mesmos uma nova identidade, favorável aos seus interesses, à sombra da legislação. O *mix público-privado* se expande com a lógica gerencial privada. A CNTSS/CUT (2001b) sinaliza para as experiências bem sucedidas de Consórcios de Saúde, em que foram instalados a partir da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde e operaram através dos Fundos de Saúde, com procedimentos democráticos e sob controle social.

A outra faceta perversa, atribuída ao Ministério da Saúde pela CNTSS/CUT (RESOLUÇÕES DA 1ª PLENARIA, 1998d), é a responsabilidade de desorganizar a estrutura de recursos humanos do setor saúde. Para isso, são usadas várias estratégias, entre as quais: o processo de disponibilidade de trabalhadores públicos, o rebaixamento salarial, a flexibilização da contratação, a expansão do trabalho informal, a falta de capacitação, a criação de quadros funcionais paralelos e de critérios distintos de benefícios e incentivos.

No Relatório sobre a *Política de Recursos Humanos para a Saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho* (1999c), tais questões foram abordadas e houve o reconhecimento que a dinâmica político-administrativa do SUS tem sido fortemente influenciada pelas medidas de estabilização econômica, pela reforma previdenciária e administrativa e pelas características da autonomia gerencial e financeira, associada à condição de gestão do SUS. A flexibilização dos direitos trabalhistas e a redução dos servidores públicos na rede SUS se devem não à disseminação das Organizações Sociais, mas à proliferação das cooperativas de profissionais em hospitais, nos PSF e nos PACS. Essa nova modalidade de contratualidade trabalhista

bem comprova que o gestor está sendo cada vez menos um empregador direto e mais um contratador de fornecedores de trabalho. A terceirização tem chegado a ponto de envolver a gerência de hospitais e de alguns subsistemas de atendimento ao público. [...] Há agora cooperativas do PSF e de agentes comunitários cuja criação têm a particularidade de ser estimulada pelos próprios gestores na medida em que se constituem substitutos para a franca ilegalidade do contrato informal. (MS - RELATÓRIO RECURSOS HUMANOS, 1999c, p. 15, 21).

A redução ou a inexistência do controle do poder público sobre as Cooperativas e organizações similares e as dificuldades advindas desse fato foram detalhadamente expostas e exemplificadas no aludido Seminário. O Ministério da Saúde vem identificando, nas OSCIPs, uma alternativa para a contratação de recursos humanos para a rede SUS, abstraindo, dessa

opção, a debilidade histórica do Terceiro Setor no Brasil. Se, do ponto de vista legal, essa escolha acarreta uma série de contratempos, denunciados pela CNTSS/CUT (1998c), no plano dos direitos sociais, constrange a sua garantia, devido à ausência de compromisso com a *res pública*.

O Ministério da Saúde, embora não discordando da posição da CNTSS/CUT sobre a questão, mantém sua decisão, como se pode observar:

o Ministério da Saúde não vai resolver o problema da contratação. [...]. Quanto à relação trabalhista, é preciso reconhecer que existe uma certa precarização das relações de trabalho em todo o SUS e, portanto, não é privilégio do PSF. [...]. Algo que temos induzido e recomendado aos municípios é que procurem absorver os profissionais que eles já possuem na rede. [...]. No entanto, temos alguns exemplos onde a decisão local foi diferente e não se absorveu o profissional já existente. [...]. A forma de contratação é uma decisão municipal. [...]. Pensar em aplicar concurso público para os agentes é abrir mão da condição de morador da própria comunidade (MS - SOUZA, 2000, p 9, 10).

A Carta da XI Conferência de Saúde (2000) sustenta a relevância de uma política consistente de recursos humanos para o SUS. Deve-se levar em conta a exigência da profissionalização, do aprimoramento continuado, do concurso público para o ingresso, das condições dignas de trabalho e remuneração, do compromisso com o direito à saúde e responsabilidade pública. Esses argumentos confirmam a referência de Silva (1999), quando acentua que um ponto central é que a gestão do sistema deve ter clareza de que se trata de uma *gestão pública e não de uma empresa* (SILVA, 1999).

Em início de 2001, o Ministério da Saúde edita a Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS 01/2001, na qual se identifica o resgate de antigas competências das Secretarias Estaduais. Recoloca a função de articular e compatibilizar diferenças regionais às Secretarias Estaduais de saúde. Persiste, todavia,

o fio condutor clássico de se viabilizar a política de saúde, especialmente a Atenção Básica, por meio do financiamento. É o incentivo financeiro (piso da atenção básica ampliada) que continua determinando o investimento nesse nível de atenção (MARQUES, 2002).

O novo instrumento regulatório poderá viabilizar, de forma mais racional, a incorporação de tecnologias mais complexas e de maior custo, dando prioridade ao aumento de resolutividade ao sistema, acentuando a racionalidade da gestão gerencial, com a inclusão de diversos instrumentos de acompanhamento e avaliação. De forma similar a NOB 01/96 mantém os dois patamares de gestão e a mesma contradição interna, contribuindo para a

progressiva cisão entre atenção básica e as de média e alta complexidade, conforme analisado anteriormente.

Em torno dos pressupostos contidos na matriz discursiva do Ministério da Saúde, algumas propostas contribuiriam para a construção original do SUS, se implementadas. A interferência na incorporação da alta tecnologia, a redefinição do papel das Secretarias Estaduais de Saúde e dos Consórcios de Saúde, são alguns exemplos.

6.5 O Modelo de atenção à saúde e a polissemia da equidade

Assim como a análise do financiamento e da gestão foi balizada por alguns princípios norteadores, a reflexão sobre os modelos de atenção à saúde deve ser previamente parametrada com a indicação precisa do entendimento sobre o tema.

Tendo como referência o modelo de saúde referenciado na Constituição de 1988, a apreciação dos discursos dos atores políticos procurou resgatar se os modelos implantados, implementados ou em discussão convergem ou não para a garantia da atenção à saúde, dentro das diretrizes constitucionais. Buscou também identificar quais as racionalidades que os informam.

Tem-se como pressuposto que os modos de atendimento das necessidades de saúde transitam entre o saber científico e o político. São construções que decorrem de escolhas individuais e coletivas, contendo um arcabouço técnico-teórico, que inclui olhares e perspectivas diversas, justamente o que lhes confere um sentido de opções políticas. Refletem, assim, não uma decisão *a priori* e isenta de interesses. Pelo contrário, traduzem um ideário que condiz com as agendas dos sujeitos políticos, influenciando e sendo influenciados pelas respectivas comunidades epistêmicas.

No caso das necessidades de saúde, alguns autores assinalam que a definição do modelo está concentrada no dilema entre equidade e eficiência. Não se pode descartar os movimentos de resignificações dos termos, adquirindo sentidos polissêmicos, resultante de influências econômicas, políticas, sócio-culturais e ideológicas. A linguagem, no caso, é utilizada como uma estratégia para obter a adesão ao proposto. Os termos vêm sendo enriquecidos com uma sinalização positiva, introduzidos no próprio discurso, de forma que o ouvinte vai atualizando também o conteúdo na direção indicada pelo emissor.

O binômio equidade - eficiência vem sendo colocado como uma antinomia, para além do significado de cada um de *per si*. Esse suposto paradoxo exige uma revisão de ambos para esclarecer o sentido que lhes é atribuído, o que depende de quem profere o discurso. Os termos vêm sendo colocados como polares, o que mascara as realidades e situações sobre as quais incide, tornando o debate estéril, na maioria das vezes, e descolado das necessidades reais e sociais.

Conforme já discutido anteriormente, o termo equidade transitou, em algumas matrizes discursivas, de um conteúdo de igualdade na atenção às necessidades de saúde e passou a ser, recentemente, transposto para outro registro¹⁷⁸, o de equidade no acesso aos bens e serviços de saúde em função de necessidades econômicas, o que vem favorecendo seu uso estratégico justificando as ações focalizadas, sob o argumento de beneficiar os segmentos populacionais que tem maior dificuldade de acesso pela situação de empobrecimento.

O termo eficiência, por sua vez, vem sendo tratado como a equidade, em dois registros: um deles pressupondo uma relação econômica de custo-benefício, referido à gestão eficiente para otimizar recursos. O outro sentido, como sucesso no desiderato proposto ou eficiência na obtenção de resultados. No primeiro caso, a proposição enquadra-se, em razão de sua instituição, em uma racionalidade gerencial, de redução de custos e não da eficiência do sistema ou do modelo em si. Com essa acepção, a eficiência vem sendo usada, retoricamente, nas reformas incrementais, como uma das maneiras de garantir maior equidade na atenção à saúde, juntamente com a modernidade gerencial e a inovação. Esse significado opõe-se à igualdade, descartada devido a sua inviabilidade econômica em tempos de escassez de recursos. Há o favorecimento da equidade do gasto social em detrimento da universalidade da atenção.

O Banco Mundial parte do diagnóstico de que os segmentos empobrecidos não são atendidos devido à falta de vocalização de suas demandas, o que beneficia os estratos de maior renda. Fundamentando-se nessa suposta situação, a instituição sugere, divulga e financia a construção e a implementação de modelos de saúde que focalizem os grupos socialmente vulneráveis. Não leva em conta os efeitos perversos a que levam essas *escolhas*

¹⁷⁸ A compreensão da transferência de registro vai ser encontrada fora do campo das práticas e dos saberes médicos, devendo ser buscado na filosofia e nas discussões contemporâneas sobre justiça, especialmente em John Rawls (1997), que discute a justiça como equidade.

*trágicas*¹⁷⁹: a estigmatização dos usuários e a cisão social entre os atendidos e os não atendidos,

à perda de apoio de longo prazo de grupos sociais ativos, localizados no mercado formal ou na classe média. Em termos hirschmanianos não se teria o mecanismo de *voice* que daria sustentabilidade política à atenção à saúde (MELO, COSTA, 1994, p. 90).

Os direitos sociais universalizados seriam drasticamente banidos da agenda política, com o retorno à ênfase na *cidadania invertida*, tão bem retratada por Fleury (1994a) em caso de adoção desse encaminhamento.

A Constituição Brasileira de 1988 indicou um modelo de atenção à saúde em que o princípio ordenador era e é a busca da igualdade e a universalidade, com atendimento integral, ênfase em ações preventivas, não descuidando das ações curativas e de recuperação da saúde. Um sistema universalista e igualitário que pressupõe a oferta integral de procedimentos e serviços para todas as necessidades de saúde do conjunto da população e a mudança do modelo de atenção, que até o momento era hegemonicamente o clínico, principalmente, o estribado na alta tecnologia médico-hospitalar.

No entanto, nos anos que se seguiram à implementação da Constituição, inúmeras circunstâncias advindas da fragilidade política nacional¹⁸⁰ e da crise econômica ocasionaram a redução do eixo da discussão da atenção à saúde e da ampliação das questões relativas às alterações institucionais e a divisão orçamentária entre estados e municípios. O financiamento e a gestão integraram a agenda política e governamental muito mais do que o modelo propriamente. Ainda assim, estabeleceu-se uma polêmica, sumarizada por Melo e Costa (1994), entre a *comunidade epistêmica da saúde coletiva* e os partidários de um modelo mais flexível, em que se articulasse o modelo clínico à epidemiologia. Campos (1996) discorda parcialmente do projeto reformista mais relacionado à saúde coletiva por reduzir a importância da clínica e, ademais, por ceder espaço para conservadores, permitindo-lhes uma argumentação no sentido de que

toda las reformas propuestas para la salud serian apenas una variante de la actividad política, como si la negación que hacemos del manicomio, del papel de control

¹⁷⁹ Alusão à formulação de Wanderley Guilherme dos Santos (1987), que a Política Social sempre está submetida a escolhas trágicas ao distribuir recursos, não sendo resolvida a questão da justiça pelo apelo às regras procedimentais.

¹⁸⁰ Nesse sentido, verificar análise em *Brasil, 1986: Relatório sobre a Situação Social do País* (NEPP, 1988).

social de la clinicia y de la psiquiatria, como si la critica a la fetichizacion de los medicamentos y los equipamientos hospitalarios, terminasen por negar la propia necesidad dela atención en salud (CAMPOS, 1996, p. 294).

Tendo em vista o patamar alcançado pelas controvertidas reflexões, Campos (1995) indica, em meados da década de 1990, que a noção de modelo deveria incluir o compromisso com as necessidades do cotidiano. Deveria conter sempre um conteúdo de transitoriedade, que viabilizasse sua alteração em face de determinações conjunturais e estruturais.

Melo e Costa (1994) atribuem, a esse debate, o mérito de problematizar o dilema entre alocação eficiente e equidade. Em contrapartida, a sua circunscrição, reduzida aos de especialistas em planejamento e programação de saúde, favoreceu a ocupação desse espaço pela agenda do Banco Mundial. Rapidamente, a instituição incluiu, na agenda, os temas da escassez de recursos, da governabilidade e da efetividade dos investimentos em saúde, “articulando-os de modo incisivo no plano societário aos dilemas estruturais no setor saúde brasileiro” (MELO, COSTA, 1994, p. 92).

É nesse movimento que o Banco Mundial apresenta o diagnóstico sanitário brasileiro, contido no documento de 1994, que qualifica a reforma do sistema de saúde como dramática, com duas conseqüências: a primeira é a cobertura universal, e a segunda a municipalização dos serviços. Na visão do Banco, tais mudanças ampliaram a demanda de forma desordenada, levando ao rebaixamento na qualidade do atendimento e à pouca eficácia do sistema. Costa (1996, p. 24) especifica que o diagnóstico “ratifica algumas idéias-força da cultura técnica do Banco Mundial, como as clivagens ‘saúde pública mais serviços clínicos básicos *versus* serviços terciários’ e ‘pobres/classe média/ricos’”. Os técnicos do Banco inferem que as necessidades de cuidados dos pobres estariam resolvidas com um pacote simplificado de ações e serviços de saúde. Segundo Rizzotto (2000), o documento apresenta o cenário de possibilidades de investimentos privados do setor saúde no país.

Outra orientação normativa do Banco se refere ao modelo de saúde que considera adequado ao Brasil, incluindo o estabelecimento de prioridades para o financiamento dos serviços. Sugere que o provimento de bens e serviços de alta relação custo/benefício e de agravos que tenham grande externalidade sejam feitos com recursos públicos e os de alto custo e benefícios reduzidos sejam financiados pelos próprios usuários, através do mercado.

A partir de 1995, a reforma incremental na saúde, incipiente até então, alcança os modelos de atenção, iniciando ajustes reduzidos e ampliando gradativamente o leque de

alterações. A mensagem presidencial de 2001 contém a seguinte avaliação do processo implementado:

intensificado o processo de descentralização de recursos mediante a transferência automática e regular de recursos. Paralelamente, o modelo assistencial também vem sendo reorganizado em novas bases e critérios, onde a prioridade está no caráter preventivo e na atenção integral à saúde (MS - PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2001, p. 4).

A forte retomada do modelo assistencial pelo Ministério da Saúde, no discurso e na intervenção, ocorre a partir da revisão da NOB 01/96. Acentua-se o empenho governamental em universalizar a atenção básica¹⁸¹ em saúde. Os argumentos ministeriais que sustentam a necessidade da mudança assistencial e o privilégio da atenção básica estão relacionados à elevação da qualidade dos serviços, à ampliação da capacidade resolutiva do sistema, à ampliação da informação para os grupos socialmente vulneráveis e à redução de custos. Esses itens são percebidos nas afirmativas do ex-ministro Serra, em seu discurso de posse:

temos que melhorar os levantamentos epidemiológicos e controles estatísticos de toda natureza, além de estruturar e operacionalizar critérios que permitam controlar a eficiência dos serviços, a qualidade para o usuário e seus custos. [...] Um dos maiores problemas enfrentados pelos setores mais pobres, mais humildes, na área da saúde é a desinformação sobre o que fazer para serem atendidos quando ficam doentes. [...] Este é, sem exagero, metade de seu problema [...] Um fator fundamental para compreender porque em certos casos, não se atende os mais pobres, é o fato de que eles não sabem como chegar lá (MS - SERRA, 2000a, p. 21, 37, 46).

As matrizes discursivas dos atores analisados são similares no que se refere à apreciação sobre os fatores que incidem sobre o processo saúde-doença. Reconhecem que, entre os fatores, deve-se atentar para o nível de emprego, salário, inflação, investimento. Ao Ministério da Saúde, cabe a responsabilidade de identificá-los e interferir positivamente, sendo, na opinião do então ministro Serra, a flexibilização do atendimento básico e do próprio SUS uma das formas essenciais (2000a). Contraditoriamente, para enfrentar as amplas determinações apontadas, propõe o empenho na atenção à família e a mulher, sinalizando que a ênfase na atenção básica “*define uma clara inflexão da política de saúde no sentido*

¹⁸¹ A portaria ministerial nº 1882, de 18 de dezembro de 1997, altera o conteúdo e os valores atribuídos ao Piso de Atenção Básica. É fundamentada na necessidade de estabelecer incentivos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Farmacêutica Básica, PSF, PACS, à necessidade de viabilizar a programação municipal de ações e serviços básicos, inclusive os domiciliares e comunitários, e a disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

reclamado por nove entre dez dos melhores analistas de saúde de dentro e de fora do Brasil” (SERRA, 2000a, p. 35).

O cuidado com a atenção básica tem sido uma preocupação constante entre os estudiosos e responsáveis pelas políticas sanitárias, pois, comprovadamente, melhora os índices de saúde e sociais. Entretanto, deve ser qualificado, uma vez que existem distinções ao que se considera como atenção básica, como a diferença que se constata em sua implementação entre países com sistemas de saúde mais igualitários e com maior equidade de acesso universal aos serviços.

Igualmente, Ugalde e Jackson (1998) chamam a atenção para o uso do termo *serviços clínicos essenciais*, que, no relatório do Banco Mundial (1993), é definido de maneira diferente, conforme se aplica em países industrializados ou em países em via de desenvolvimento. Se nos primeiros, os serviços clínicos essenciais são ações e serviços que incluem desde serviços primários até terciários especializados, nos segundos, são ações e serviços de baixo custo (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 68).

Essa distinção é identificada e apontada por Eduardo Levcovitz no Seminário *A Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no SUS* em 13 e 14 de abril de 1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL, 1999). Nesse Seminário, ocorreu a exposição das experiências internacionais de alguns países e regiões que têm se destacado pelo êxito em suas reformas. A diferença terminológica é patente nos relatos.

O então ministro Serra demarca, em seu discurso de posse, além da atenção privilegiada à família e à mulher, a adoção do PSF como estratégia central, que visa mudar a *“maneira de o sistema de saúde funcionar no Brasil”* (MS - SERRA, 2000a, 37). Afirma que o modelo da descentralização *“consubstanciada no Piso de Atenção Básica – PAB, no Programa de Saúde da Família e na Gestão Plena dos Sistemas estaduais e municipais, será a espinha dorsal da mudança no quadro da saúde no Brasil”* (MS - SERRA, 2000a, p. 20).

O PSF enquanto programa ministerial foi definido a partir de uma reunião em dezembro de 1993, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde, com a participação de especialistas do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, da OPAS e financiamento inicial do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento –PNUD, sendo o primeiro documento de 1994. O Ministério da Saúde encampou de maneira radical o programa na gestão do Ministro Adib Jatene pelas razões seguintes: o sucesso do PACS, que antecede e dá origem ao PSF, a experiência do programa Médico de Família em outros países

(Reino Unido, Suécia, Cuba e Canadá) e a implantação do Programa Comunidade Solidária, que na área da saúde escolheu os dois programas como instrumento de consecução das suas estratégias (VIANA, DAL POZ, 1998).

Passando da intenção à ação, o Ministério da Saúde criou o Departamento de Atenção Básica,

com a função de normatizar a organização e gestão desse nível de atenção em saúde. Sua estrutura está voltada para a execução das atividades de gerenciamento de todas as ações voltadas para o redirecionamento do modelo assistencial do SUS, com particular destaque à expansão da estratégia das equipes de saúde da família, à qualificação e capacitação do pessoal de saúde da família e à avaliação e monitoramento desse modelo. Para tanto, algumas áreas programáticas do Ministério da Saúde, relacionadas à lógica de expansão do PSF, passaram a ser de responsabilidade desse Departamento (MARQUES, MENDES, 2001).

De acordo com o discurso ministerial, o PSF, como prioridade e como modelo, consiste “*na mudança estrutural mais importante entre as que o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso vem promovendo na área da saúde*”. Afirma ainda que o programa vai inaugurar uma nova etapa de ações de prevenção no esquema de “*vida saudável*”, que são ações “*até agora, típicas de sociedades desenvolvidas*” (MS - SERRA, 2000a, p. 37). Observa-se que os argumentos dos representantes do Ministério da Saúde impregnam o PSF, gradativamente, com características valorativas positivas da modernidade, como a idéia de qualidade de vida, de estilos de vida saudável, possíveis, única e supostamente, em nações desenvolvidas. São todos significados favoráveis, que facilitam a adesão e o consenso a seu respeito.

Iriart, Merhy e Waitzkin (2000) entendem que os discursos governamentais sobre as necessidades das reformas setoriais operam uma alteração na percepção da população,

cambio en el sentido común se opera como produto, no solo de los discursos emitidos en relación a al reforma setorial, sino por las experiencias vividas por la población, tanto en el acceso a los servicios de salud como en otras áreas de la vida colectiva.[...] Las personas encuentran, en la firmeza de los discursos oficiales emitidos, una fuente de esperanza y reencuentran el sentido de un proyecto social compartido, [...]. Así el sentido común transformado retoma su carácter de componente central del cemento social que colma las brechas suaviza artificialmente las contradicciones, posibilita que los enunciados antagónicos coexistan “naturalmente” (IRIART, MERHY, WAITZKIN, 2000, p.98).

Transparece a idéia possível de mudança da situação do sistema, através do PSF e do PACS. De uma situação difícil, que era a aludida anarquia do sistema de saúde, para outra, em

que as mazelas crônicas do atendimento à saúde poderiam ser superadas. Esse *topic* é ratificado inúmeras vezes, indicando, o Ministro, os investimentos nesse sentido:

nossos esforços tem sido concentrados em dois vetores essenciais: alteração do modelo de gerenciamento e transformação dos mecanismos utilizados para oferecer serviços de saúde. [...] Temos descentralizado a administração da saúde. [...] Nos últimos anos, reorganizamos os serviços básicos de saúde através do PSF e do PACS, para oferecer assistência à família em suas próprias casas transferindo aos hospitais ou postos de saúde somente os pacientes que necessitam de uma forma de tratamento mais complexa (MS - SERRA, 2000a, p. 64).

As experiências positivas que não seguem o modelo do PSF e são levadas a cabo em alguns municípios e que vêm obtendo elevação dos índices sanitários e sociais, dentro dos parâmetros do SUS, são desconhecidas ou ignoradas pelo Ministério da Saúde (CN - CNTSS/CUT, 1999). O PSF é adotado nacionalmente com o eixo estruturante da assistência básica, ainda que fundamentado em dados pontuais quanto à sua eficácia.

Existem também algumas pesquisas de caráter qualitativo sobre o nível de satisfação com o Programa em alguns municípios e estados. Ainda não temos um resultado disto a nível nacional. Os resultados mostram uma elevação no nível de satisfação das pessoas com o Programa; não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde, que enfatizam o resgate da humanização da assistência e do reconhecimento profissional (MS - SOUZA, 2000).

O modelo proposto ainda deve passar por uma prova crucial, a alteração das condições sanitárias em centros urbanos. O atual Secretario Executivo do Ministério da Saúde, Otavio Mercadante (2002), reconheceu que o PSF não passou por essa prova.

Ao reiterar o PSF como a mais importante mudança estrutural na saúde pública no Brasil, juntamente com o PACS, assinala o ex-ministro, que será o mecanismo para reverter a lógica que presidia o sistema, sendo que a atenção básica tem condições de promover a saúde da população, especialmente entre os segmentos com menor atenção, enfatizando, no entanto, que o programa é para todos. Afirma, por outro lado, que o programa é importante pela necessidade de racionalizar gastos, não com o programa em si, mas através de encaminhamentos mais seguros e assertivos dos pacientes para tratamentos de alta tecnologia, com mais garantia de referência e menos desperdício, ampliando o acesso aos serviços de alta complexidade para todos (MS - SERRA, 2000b).

O programa foi ainda um instrumento estratégico para o Ministério da Saúde em dois sentidos: 1) no da habilitação proposta pela NOB 93, pois as portarias da Secretaria de Assistência à Saúde determinaram que somente unidades que estivessem localizadas em

municípios enquadrados em uma das modalidades previstas pela mesma NOB poderiam ser cadastradas como unidades do PSF no SIA-SUS; 2) no sentido de que foi uma peça importante na redefinição das formas de remuneração do PAB, pois foi a partir do PSF que se iniciaram as discussões para uma mudança nos critérios de distribuição de recursos, de forma a romper com a exclusividade do pagamento por procedimentos (VIANNA, DAL POZ, 1998).

Ao destacar a prioridade política do PSF para os prefeitos e usuários, o então Ministro afiança que embora o programa se situe na atenção básica, serão garantidas a autonomia municipal e a continuidade da atenção em todo o sistema, assinalando que a iniciativa não é uma proposta paralela ao SUS. Acentua a relevância das parcerias, tanto entre as equipes do PSF como a dos atores políticos e organizações não governamentais, que deverão estar integrados à comunidade na busca coletiva de resolver os agravos de saúde (MS - SERRA, 2000a).

O não-dito pelo ministro é que “as remunerações do PSF são diferenciadas. A consulta do PSF equivale a duas vezes a consulta do SUS” (VIANA, DAL POZ, 1998, p. 11). Não informa também que há acréscimos financeiros crescentes relativos aos percentuais de população atendida. Os municípios contam ainda com recursos adicionais para implantação do PACS. Esses financiamentos não são cumulativos e não excedem 80% do valor do PAB (NOB 01/96).

Outra medida ministerial que favoreceu sobremaneira a expansão dos Programas foi a de privilegiar os investimentos financeiros através do REFORSUS em unidades básicas de saúde que contassem com o PSF.

O resgate da matriz discursiva do governo autoriza a afirmar que o Ministério da Saúde concilia, no novo modelo assistencial, duas alterações radicais, convergentes em relação a um único objetivo, que é o de fortalecer a universalização da atenção básica: o modelo de atenção e as novas bases para o financiamento, fortalecendo o modelo assistencial definido como prioritário tanto pelo governo federal como pelo Banco Mundial e pela OPAS.

A assertiva acima é confirmada em Vianna e Dal Poz (1998), quando relatam a relação entre o PSF e o Programa Comunidade Solidária, que foi um importante instrumento de legitimação e expansão do Programa, favorecendo as novas alianças na saúde, entre gestores locais, técnicos e comunidade. Relatam que

tal aliança se constituiu “em cima” do desenho da política, isto é, da proposta do programa de superação dos modelos tradicionais de operar ações de saúde (inovações nos tipos de contratos de profissionais, nos perfis profissionais, nos tipos de remuneração, nas práticas, etc.), apoiando-se mais nas comunidades (objetos das ações), e envolvendo-as na política de maneira distinta (VIANNA, DAL POZ, 1998, p. 14).

A nova aliança favoreceu a articulação das parcerias e a terceirização, via OSCIPs, previstas para a descentralização das ações de atenção à saúde. Viabilizou a contratação de pessoal necessário fora dos quadros do funcionalismo público, em novas modalidades mais flexibilizadas, e uma administração mais ágil e desburocratizada, como pretende a reforma gerencial do Estado.

Um *topic* reiterado é a argumentação antecipatória à possibilidade do PSF ser entendido como um programa verticalizado e intervencionista, sendo interpretado “*como uma franca estratégia de substituição do modelo de prestação de serviços*” (MS - SOUZA, 1999, p. 7).

As razões adicionais, que são utilizadas como anteparo às críticas ao PSF, referem-se a sua similitude com os ideais da reforma sanitária, com a substituição do modelo hospitalocêntrico, como uma “*etapa decisiva de tradução, na prática dos serviços, dos generosos princípios do SUS. [...] A mudança de modelo sempre foi uma pedra de toque no discurso sanitarista brasileiro*” (MS - SOUZA, 1999, p. 7).

Ao refletirem sobre a posição das agências internacionais e a experiência brasileira recente, Marques e Mendes (2001a) reintroduzem a dúvida, inicialmente levantada por Merhy, Bueno (2001) e Campos (1992). Os autores questionam se o Programa defendido pelo governo como estratégia estruturante não estaria sendo animado pela possibilidade de operar a saúde com “base na otimização dos recursos, racionalizando o uso de serviços de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde” (2001) em lugar de se basear nas necessidades da população. Indicam também que alguns estudiosos¹⁸² apontam as identidades entre as proposições do PSF, da Medicina Comunitária e de Atenção Primária em Saúde. Marques e Mendes (2002) concluem pela adequação do programa às necessidades brasileiras, contrapondo-se à opinião dos demais autores mencionados.

¹⁸² Entre esses estudiosos destacam-se Emerson Elias Merhy e Wanderley Bueno (2001), Campos (1992) e ainda Túlio Franco e Merhy (2002).

A respeito do PSF reeditar antigos e descartados modelos, Maria Ceci Misoczky (1994) pronuncia-se contrariamente ao que denomina um *revival da medicina comunitária familiar* em um contundente artigo, em 1994. Retoma as críticas a essa forma de atenção, baseando-se em trabalhos de Cecília Donnangelo e Jairnilson Pain. Recorda as justificativas para a implantação da medicina comunitária e a forma de difusão dos seus princípios, como uma das estratégias da OMS e OPS para os países subdesenvolvidos: resolver e garantir a extensão do cuidado à saúde à população pobre, urbana e rural. Ao longo do tempo, a medicina comunitária se confunde com a medicina familiar. Relembra o declínio da proposta nos anos 1980, sem que houvesse inovação no processo do trabalho médico e na configuração de um modelo que diferenciava as práticas direcionadas aos pobres de outras categorias sociais, envolvendo a comunidade e a sua participação como elementos centrais desse processo segmentador. Segundo Misoczky,

a Medicina Familiar incorpora a imagem do médico de família, moldada na prática liberal; a vertente do preventivismo voltado para as clínicas de família e o uso que a Medicina Comunitária faz das famílias de áreas de favelas e periferias urbanas como meio para compreender a sua realidade médico-social (MISOCZKY, 1994, p. 41).

Antecipando-se em oito anos ao debate atual, a autora afirma que o modelo pensado desde o Governo Itamar, momento em que se inicia a estruturação do PSF, ressuscita uma “proposta de organização da atenção à saúde que supúnhamos superada pela história e pelas formulações e lutas pela Reforma Sanitária no Brasil” (MISOCZKY, 1994, p. 41). Considera o modelo incapaz de priorizar a atenção primária e o reconhecimento do direito social a saúde.

Acentua que um dos pontos consensuais da Reforma Sanitária foi a compreensão de que o perfil epidemiológico dos centros urbanos “é de tal complexidade que, para garantir a integralidade e a resolutividade, não é suficiente uma rede de unidades que conte apenas com profissionais médicos do tipo generalista” (MISOCZKY, 1994, p. 41).

Concluindo, alega que a intencionalidade parece ser: para os pobres, a medicina comunitária/familiar; para a classe média, um seguro saúde especial; para os demais, o recurso ao seguro saúde convencional e o consultório privado.

Partindo dos princípios do Programa de Saúde da Família, Franco e Merhy (2002) acreditam ser extremamente difícil o Programa mudar o modelo technoassistencial em saúde. Essa assertiva está alicerçada nos argumentos de que não há a previsão de um esquema para atendimento da demanda espontânea e não se prevê a desburocratização do acesso aos

serviços, visto o atendimento de urgência ser um dos mais importantes. Este, não sendo implementado, pode tornar o sistema de baixa credibilidade para os usuários. A argumentação dos autores comporta também a idéia de que se privilegie mais as ações de natureza higienista do que as de cunho sanitárias, também não levando em consideração a rede básica assistencial instalada, que é superior à recomendada pela OMS e vem sendo descartada sumariamente. Os autores têm fortes dúvidas quanto à possibilidade do PSF romper com a dinâmica centrada no profissional médico, visto que não há a preocupação com os fazeres cotidianos, o que chamam de microprocessos de trabalho em saúde e que caracterizam efetivamente o tipo de assistência. Notam uma preocupação mais acentuada com a organização estrutural do programa e, nesse aspecto, consideram difícil que as equipes consigam estruturar e organizar a demanda das unidades básicas a partir dos usuários referenciados unicamente pelas mesmas, eliminando a demanda espontânea. Sinalizam para a mitificação do médico generalista; para o alto grau de normatividade na implementação do Programa; e para a escolha da família como espaço estratégico de atuação.

Os autores concluem, interpondo o que consideram uma contradição interna ao PSF ou o que, metaforicamente, denominaram o *enigma da esfinge*, que

se de um lado, o PSF traz na sua concepção teórica a tradição herdada da Vigilância a Saúde, por outro, reconhece que a mudança do modelo assistencial dá-se a partir da reorganização do processo de trabalho. Partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer assistência, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde. A alternativa pensada estrutura o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais que realizam um trabalho medicocentrado (FRANCO, MERHY, 2002).

Outros argumentos tentam afastar a idéia da escolha do programa por ser uma opção econômica, ou ser um programa essencialmente dirigido à população empobrecida, o que ocorreu somente em sua origem. Como afirma a Coordenadora da Atenção Básica, o primeiro documento do programa falava em focalizar 32 milhões de excluídos, o que levou a uma compreensão equivocada que era um *programa pobre para uma população pobre* (MS-SOUZA, 2000a). Enfatiza a superação de um modelo centrado na doença e ilustra que

a singularidade desta definição, no entanto, esconde todo um arcabouço de investimentos sociais e tecnológicos que nos legou a valorização extrema da estrutura hospitalar (inclusive como porta de entrada do sistema), e o jogo invencível da incorporação tecnológica. O bom senso milenar do “prevenir para não remediar” foi sendo reescrito com o abandono da prevenção e promoção da saúde em nome da tecnologia curativa em todas as suas dimensões (MS - SOUZA, 1999, p. 7).

Aponta que, sob a lógica de privilegiar a doença, que era o modelo anterior, a rede básica de saúde, em todos os níveis, passou a ser assessoria e desqualificada. Igualmente, essa lógica cinde a atenção em dois lados. Um, com alto empenho tecnológico e outro, com serviços básicos despreparados e ineficientes, construindo, no imaginário popular, a idéia que a resolutividade do sistema ocorria nos hospitais (MS - SOUZA, 1999). A resposta do PSF se situa como uma “*estratégia ampla de completa reordenação do modelo assistencial*” (MS - SOUZA, 1999, p. 7).

Há uma alta valorização das ações de prevenção e promoção de saúde, mobilizando a comunidade para ter hábitos mais saudáveis. Sistemáticamente, na matriz discursiva ministerial, o PSF é apontado como uma estratégia, ora para a reorientação da atenção básica, ora para a reorganização dos sistemas locais, através da interiorização de profissionais médicos e enfermeiros e o estímulo à criação dos Conselhos Municipais (MS - SOUZA, 2000a).

A qualidade é outro *topic* presente no discurso do Ministério da Saúde, relacionada positivamente com o PSF e com o atendimento hospitalar e negativamente com a ineficiência do sistema. Afirma o ex-ministro José Serra: “*temos de transformar a qualidade do atendimento à saúde numa verdadeira obsessão nacional*” (MS - 2000a, 21). A busca de um padrão de qualidade e eficiência ocorre por via da modernização gerencial, física e tecnológica do SUS (PR - PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2001, p. 4). No discurso ministerial, a idéia de qualidade não vem isoladamente, mas relacionada ao compromisso com o usuário, com a comunidade e com a possibilidade de estabelecimento e manutenção de vínculos.

A equidade do modelo de atenção é abordada pelo então Secretario Executivo do Ministério da Saúde, Barjas Negri (1999), como a obtida através da descentralização do PSF e do maior aporte de recursos ao sistema, reduzindo as desigualdades entre os municípios e atendendo os segmentos mais carentes da população. O conceito de atenção básica, relacionando-o à questão da prioridade orçamentária, é oferecido por Negri (MS - 2001, p. 62), como sendo investimentos que

garantam as consultas médicas mais simples e os exames de pré-natal, como é o caso do PSF. [...] O Ministério da Saúde na gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso, tornou efetiva a prioridade para a atenção básica em saúde: aportou mais recursos, vem implementando a descentralização e promovendo a equidade. Parte do conjunto de ações voltadas para a atenção básica utiliza o critério populacional para alocação de recursos, homogeneizando sua distribuição e reduzindo desigualdades. [...] Já os programas de Agentes Comunitários de

Saúde, PSF e PACS, por outro lado, privilegiam as áreas mais carentes, destinando cerca de metade de seus recursos para a região nordeste.

Verifica-se uma indefinição entre os representantes do Ministério da Saúde, sendo que é taxativamente afirmado que o programa PSF e PACS particulariza áreas mais empobrecidas do país, mantendo seu princípio original. Essa mesma preocupação com a população empobrecida é referida no Manual para a organização da atenção básica (1999), quando indica ser sua tarefa assegurar os serviços de proteção social à população mais vulnerável à exclusão social, através do fornecimento de serviços diferenciados e específicos. (MS - MANUAL PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 1999e).

A autonomia municipal é um aspecto do novo modelo, consubstanciado na atenção básica, que vem merecendo críticas da CNTSS/CUT e dos participantes da XI Conferência de Saúde. O texto do Ministério da Saúde que orienta a proposta afirma o preceito constitucional da autonomia do município, mas apresenta um detalhamento minucioso das ações e atribuições que devem ser realizadas pelo município (MANUAL PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 1999e, p. 11). A especificação de quais são as ações custeadas com recursos destinados à assistência básica são minuciosas e o controle sobre as mesmas é bastante detalhado pelo Ministério da Saúde.

Um outro ângulo que se pode apreciar na matriz discursiva do Ministério da Saúde sobre o PSF, o PACS e a atenção básica é a ênfase com que esses itens são apontados em todos os documentos analisados, destacando-se continuamente o seu grande valor para o sistema de saúde. Igualmente, há um acentuado destaque na divulgação dos mesmos. Isso ocorre nos documentos do Ministério da Saúde preparados para difusão nacional, incluindo desde os textos básicos contidos no *InformeSaúde* (MS), as palestras proferidas em Universidades e publicadas, até os textos preparados para a comunidade internacional, como os Relatórios Anuais da Presidência da República (1998, 1999, 2000), o Relatório Copenhague+5 (2000) e os discursos do Ministério da Saúde na OMS (2000a), no Banco Interamericano de Desenvolvimento, BID (2000a).

De acordo com o ex-ministro José Serra, a prioridade do Ministério da Saúde com a Atenção Básica “*representa um grande esforço para que o sistema de saúde torne-se mais eficiente, consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência*” (MS - MANUAL PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 1999e, p. 5).

A Pastoral da Saúde (PS - ICAPS, n. 161, 1999) e a CNTSS/CUT (1998a, 2000b) manifestam a apreensão com uma possível redução do princípio da integralidade na atenção, devido à ênfase colocada na atenção básica, mas reiteram importância desta. Da mesma forma, a estrita opção pelo PSF, sua forte normatividade e uma quase obrigatoriedade dos municípios assumirem o programa, sob risco de terem o financiamento reduzido, ocasiona uma preocupação que é destacada na XI Carta da Conferência Nacional de Saúde, em 2000. Na Carta, consta a recomendação de que a atenção básica possa ser estruturada de diversas formas, entre elas o PSF, sistemas locais de saúde e outras estratégias “que devem garantir a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária, equipe multiprofissional em dedicação integral, bem como a articulação e integração com os demais níveis de atenção à saúde” (CARTA DA XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p. 17).

A CNTSS/CUT contrapõe-se ao PSF como modelo único sinalizando que a atenção à saúde, além da assistência médica e da inclusão de medidas de proteção e promoção da saúde individual e coletiva, inclui outros aspectos. Assim o Ministério da Saúde deve implementar e sensibilizar outros órgãos do governo para as causas sociais da violência especialmente, pois os fatores determinantes não se esgotam no modelo proposto.

Na mesma linha argumentativa, Merhy e Bueno (2001) formulam uma severa crítica ao novo modelo de atenção do Ministério da Saúde, alertando para a fragilidade dos argumentos do Programa de Saúde da Família que desqualificam o modelo clínico em favor do modelo epidemiológico. Para os autores, essa assertiva constitui

uma falsa questão, maniqueísta; como se o modelo clínico fosse do mal, sem possibilidade de uma nova ética com acolhimento, vínculo, responsabilidade e compromisso, o que só é possível no modelo epidemiológico, que é do bem. É necessário compreender que a clínica e a epidemiologia são, sempre foram, e sempre serão instrumentos complementares da assistência. A clínica se utiliza da epidemiologia para construção de sua abordagem e a epidemiologia se utiliza da clínica no mesmo sentido. Ignorar tais fatos é de novo apostar no modelo da “cesta básica” para os cidadãos mínimos, reservando o instrumental da clínica para a lógica do mercado (MERHY, BUENO, 1997).

A CNTSS/CUT (1998a, 2000b) questiona o que chama de “*velho modelo assistencial*”. Indica, como alternativa, a ênfase na promoção, informação e educação em saúde; o atendimento com garantia de acesso; o acolhimento e resolutividade; a participação no processo de “*tratamento, atendimento para todas as necessidades e não apenas as mais baratas*” (1997, p. 10). Na proposta, inclui qualidade e quantidade suficiente para atender toda a população, frisando que “*seja garantida a universalidade, que é direito à assistência à*

saúde, independente de qualquer situação de renda, vínculo empregatício ou contribuição” (CN - CNTSS/CUT, 1998a, p. 11).

A Pastoral da Saúde apóia o modelo assistencial proposto pela XI Conferência Nacional de Saúde, criticando as intervenções campanhistas, a precariedade do acesso e a não hierarquização da rede assistencial. Enuncia quais os atributos que uma atenção adequada deve conter, ou seja, o acesso universal à atenção integral (XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

O relatório da XI Conferência Nacional (2000) assinala que ainda não foi encontrado o modelo de atenção à saúde adequado para o país, apontando uma série de dificuldades que vão desde práticas assistencialistas obsoletas, curativistas, operadas por profissionais despreparados e medicocentradas até à denuncia de que são privatistas, que “praticam o arrocho salarial e a precarização das relações de trabalho” (2000, p. 34). Denuncia a fragmentação das equipes e a desorganização do processo de trabalho. Quanto à avaliação do PSF e PACS, entende que os programas

correm o risco de se tornarem sobreposições de exercício do serviço de atenção básica. São programas que trouxeram para o SUS demandas epidemiológicas, sanitárias e ambientais sem encontrar a contrapartida da integralidade e da resolutividade. A maioria deles ainda não está integrada à um sistema de referência para ações de maior complexidade. O PACSs e os PSFs, em si, não são suficientes para garantir a própria atenção básica e podem se tornar um engodo, no sentido de manter um modelo de saúde pobre para os pobres, tornando-se bandeira de governos que simplificam o modelo assistencial, apresentando-os como panacéia que solucionará todos os problemas de saúde (CARTA DA XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p. 36).

A leitura do relatório da XI Conferência permite inferir que os problemas de clientelismo e do patrimonialismo na gestão da *res pública* permanecem ocorrendo também no PACS e PSF, sendo que as denúncias ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Estado da Saúde não surtem efeito. Entretanto, é afirmado que os programas mencionados têm sido auxiliares valiosos para reorientar a organização do sistema em municípios onde há um compromisso efetivo com os princípios originais do SUS.

Em outro ângulo analítico, Ribeiro, Costa e Silva (2000, p. 79), a partir dos modelos regulatórios na saúde que vêm sendo utilizados pelo Ministério da Saúde, apontam que “com relação às técnicas de *managed care*, elas se traduzem no sistema público pelas estratégias de ampliação da capacidade resolutiva das unidades ambulatoriais voltadas ao primeiro atendimento aos usuários, como nos programas de saúde da família”. Esse eixo de análise

deve ser adensado com as novas medidas gerenciais, pautadas na redução dos custos e na questão da qualidade como afirma o então Ministro José Serra (MS - SERRA, 2000).

As técnicas de *managed care* vêm sendo usadas pelo setor privado de forma cada vez mais acentuada, visto que, de acordo com o presidente da ABRAMGE, as recentes regulações têm obrigado a intensificação de ações que levem a uma redução do custo da atenção médico-hospitalar. Frisando a necessária participação do médico nos processos de cura, os representantes da medicina privada interpõem a exigência de mecanismos regulatórios sobre as ações praticadas pela classe médica, como *protocolos de atendimento, guidelines*, sempre em busca de maior eficiência, entendida enquanto relação custo/benefício (ALMEIDA, 2000, 2001).

Uma preocupação do Ministério da Saúde e da ABRAMGE é a ênfase na preparação de médicos generalistas ou, como chama a ABRAMGE, de médicos de família. Os profissionais devem ter competência para atender as ações básicas e, ao mesmo tempo, qualificação para realizar a triagem para os encaminhamentos de média e alta complexidade.

As estratégias do Ministério da Saúde e da ABRAMGE, em busca dessa qualificação, caminham por dois eixos. O Ministério da Saúde têm investido através dos Pólos de Capacitação de Formação de Profissionais para o Programa de Saúde da Família em parceria com as Universidades e Centros de Ensino, com recursos do Programa REFORSUS. A ABRAMGE, apoiada pela Academia de Medicina de São Paulo, instituiu cursos de especialização em médico de família, garantindo assim a formação dos quadros necessários para os seus propósitos.

Em relação à organização da atenção, a ABRAMGE defende a necessidade de um fator moderador,

como absolutamente necessário para contenção e regulação de custos, [...] pois quando se paga menos de seu bolso por assistência médica, a tendência é de maior utilização dos serviços; a oferta de recursos acima do necessário agrava os custos: a indicação de muitos procedimentos dificulta a decisão do profissional (AB - 9º CONGRESSO DA ABRAMGE, 2001).

Propõe como estratégias redutoras de custos, o *managed care*, o *home care*, a telemedicina, as intervenções cirúrgicas sem necessidade de internação, o atendimento por pacotes, que são procedimentos típicos de atendimento administrado ou gerenciado da saúde.

Segundo a ABRAMGE (AB - MEDICINA SOCIAL DE GRUPO, n. 149, 1998), a proposição global de um modelo de atenção seria a “melhor educação e cultura da população”, auditorias rigorosas no sistema, introdução de processos de qualidade e gestão em todas as áreas, adequada medicina preventiva e saneamento - os dois últimos itens sob a responsabilidade governamental.

Dessas discussões sobre o modelo, fica evidente que cada vez que se reduzem os recursos, o governo vem tentando utilizá-los de forma mais eficiente, ainda que com limitações na integralidade da atenção, consoante afirmações do relatório da XI Conferência Nacional de Saúde, referidas anteriormente.

O diagnóstico apontado por Pedro Barros Silva (1999, p. 139) também indica “continuidade da predominância forte na utilização de serviços hospitalares, com baixa resolutividade na atenção primária e uso de automedicação”. O autor alerta que não se pode continuar insistindo em uma regionalização e hierarquização que parta de uma visão sectária, enfatizando exclusivamente o ponto de vista sanitário. É preciso levar em conta a totalidade das relações político-institucionais, os fluxos sócio-econômicos, etc.

na verdade toda a estruturação da atenção primária deveria aproveitar as boas experiências do PSF em vários locais e, ao mesmo tempo, agregar um conjunto de coisas muito diferentes relacionado ao atendimento de unidades, a essa idéia de saúde da família. Isso porque as regiões brasileiras apresentam problemas diferentes (SILVA, 1999, p. 145).

Concluindo, permanece a sugestão de garantia do acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada (2000) da Carta da XI Conferência Nacional de Saúde.

7 O DIREITO À SAÚDE E A REFORMA DO ESTADO: A IMPOSIÇÃO DE UMA NOVA AGENDA

Contendo uma abordagem mais conclusiva, este último capítulo tem dois focos. O primeiro, é sintetizar os resultados encontrados. O segundo, articular as relações intrínsecas entre as categorias que sobressaíram nos discursos analisado, mas não foram abordadas nos capítulos precedentes devido à natureza focal dos mesmos.

Vale relembrar que as categorias resgatadas nas matrizes discursivas constroem um todo somente quando são apreendidas em uma perspectiva mais ampla, quando se entrelaçam e os nexos se evidenciam. Assim confirmam que “os discursos constituem dimensões anunciativas de um tipo específico de ideologia somente compreensível no contexto da realidade material que a determina” (GENTILLI, 1995, p. 117).

O ponto de partida dessa conclusão deve apontar, necessariamente, para a riqueza do material empírico ainda a ser explorado, que não se enquadrou no objeto definido para este estudo. Tangenciando os objetivos propostos, outras questões foram emergindo. Algumas antecipadas pela movimentação das agências multilaterais e pelas tendências recentes do movimento do capital internacional e nacional; outras, apresentando um certo grau de surpresa, sendo que poderiam ser classificadas até como *inusitadas* ou mesmo *insólitas*.

Alguns argumentos que apareceram nos discursos podem levar uma “uma certa esquerda ‘humanista’ distraída”, para usar uma expressão de Enguita (1992, p. 109), a entender algumas racionalidades, identificadas na matriz governamental, como promissoras de um novo ordenamento social, mais *solidário, fraterno e mais humano*, como o fim das divergências entre posições sócio-políticas radicalmente distintas.

Retomando brevemente os objetivos propostos para esse estudo, que foram os de identificar as convergências e divergências sobre o direito à saúde no discurso das elites políticas brasileiras e a sua compatibilidade com o texto constitucional, resgatando as racionalidades presentes que estariam organizando uma nova hegemonia na atenção à saúde, duas conclusões podem ser assinaladas.

A primeira conclusão, é que está ocorrendo, por parte do Ministério da Saúde¹⁸³ e da ABRAMGE, um deslocamento semântico e operacional da contratualidade definida na Constituição de 1988. Confirma-se, assim, a hipótese proposta, com evidências no plano dos princípios ético-políticos e dos princípios técnico-operacionais.

A posição da ABRAMGE se mantém a mesma desde 1980, representando os interesses mercantis vinculados ao setor saúde e defendendo o modelo neoliberal. Os dados evidenciaram que o discurso do setor privado sofreu um *aggiornamento*, valorizando a alta tecnologia, a busca da qualidade e os modernos métodos e processos gerenciais e mercadológicos, tornando-se idêntico ao que é veiculado no setor produtivo. A concepção de saúde, implícita na matriz discursiva, é a de um bem privado, o que justifica o provimento pelo mercado, restando ao setor público cuidar dos que não têm recursos financeiros para um abastecimento via contratos e planos de saúde.

Na matriz da Pastoral da Saúde e da CNTSS/CUT há identidades e semelhanças, e são repostos os argumentos em relação a saúde como um direito universal e um dever do Estado. As racionalidades presentes têm a mesma estrutura semântica do período constitucional e se organizam em torno da saúde como um bem público, configurando-se como uma responsabilidade primordial do Estado. Combatem os discursos economicistas, que subtraem as pessoas e suas necessidades, e que agregam argumentos como a escassez de recursos financeiros e a relação custo- benefício, contrapondo-se a uma atenção de qualidade, ainda que sob a alegação de redução da pobreza e da desigualdade.

A segunda conclusão é o assentimento do Ministério da Saúde ao padrão exigido pelas agências internacionais de financiamento, especialmente no que se refere à organização do sistema de saúde. Tal adesão torna bastante similar o discurso do setor público e do setor privado. Algumas bandeiras de luta do período constitucional foram revertidas em benefício do novo modelo, sendo apropriadas com outro registro semântico ou implementadas, contrariando o que determinavam as diretrizes da Constituição. O exemplo mais flagrante é a questão da descentralização. Ela vem sendo uma transferência de gestão vinculada aos aspectos administrativos e gerenciais, não se identificando uma ação mais concisa e precisa

¹⁸³ Deve-se alertar, enfaticamente, que quando refere-se à matriz discursiva do Ministério da Saúde, não significa que esta se constitui em um bloco homogêneo, nem que todos os integrantes do setor público tem a mesma posição evidenciada publicamente nos documentos. Pelo contrário, alguns funcionários mantêm forte ligação com a matriz da CNTSS/CUT e Pastoral da Saúde, defendendo, de forma irrestrita, as diretrizes constitucionais.

do Ministério da Saúde, em termos de orientação à saúde de forma ampla, tendo em vista a complexidade do setor e compondo, realmente, um sistema nacional único.

A CNTSS/CUT assinala, corretamente, que o Ministério da Saúde nunca construiu um Plano Nacional para o setor, ocorrendo a multiplicação de planos municipais sem uma diretriz mais consistente. A ação ministerial tem sido realizada muito mais na base de incentivos financeiros do que numa ação educativa que alterasse realmente o pensamento sanitário nacional. Os efeitos altamente positivos do SUS vêm sendo reconhecidos em inúmeros municípios, devido à competência e direcionamento político das lideranças municipais, e não em função da orientação do Ministério.

Quanto às racionalidades argumentativas, construídas em torno da eficiência em termos de custos e da qualidade empresarial, as matrizes discursivas do Ministério da Saúde e da ABRAMGE são igualmente semelhantes. De forma análoga, ambas as matrizes são permeadas pelas questões relativas ao controle de gastos, redução de investimentos, cuidados com controle de pessoal e, essencialmente, flexibilização dos recursos humanos e de procedimentos regulatórios.

O fio argumentativo do Ministério da Saúde (tipos de regulação, modelos de financiamento, gerenciamento do risco, modelo de atenção e ênfase no indivíduo e na família) e da ABRAMGE (modelo de atenção, gerenciamento do risco, ênfase no indivíduo e na família) acompanha as tendências das reformas em saúde que vêm se efetivando internacionalmente, dentro dos marcos dos reajustes da economia mundial capitalista.

Os conteúdos veiculados, em relação ao diagnóstico e aos encaminhamentos propostos para o setor, autorizam afirmar que a base que sustenta e orienta as reformas incrementais que vêm sendo implementadas é derivada do Banco Mundial, compondo a tendência mais radical do paradigma da economia da saúde.

Convém marcar, entretanto, algumas alterações quase imperceptíveis encontradas nas diretrizes do Banco Mundial, especialmente a partir do final de 1998 em diante. Nesse período, avolumam-se as críticas aos altos custos sociais das reformas.

O discurso de James D. Wolfensohn, em 06 de outubro de 1998, é o sinal de partida para a revisão de alguns pontos do Consenso de Washington, com um apelo maior para as questões sociais. O economista John Williamson (2002) afirma que está sendo preparada pelo Banco uma agenda para a América Latina, que conterà quatro pontos básicos: adotar políticas econômicas que minimizem as crises, evitar a entrada indiscriminada e excessiva de capitais,

completar as reformas no mercado de trabalho (as reformas de segunda geração, do Consenso de 1989) e “o último ponto seria dar mais atenção aos problemas de distribuição de renda, ajudar os pobres a entrar na economia de mercado oferecendo coisas que nós queremos comprar” (WILLIAMSON, 2002, p. 4).

Na área da saúde, a nova geração de reformas que vem sendo implementada pelo Banco, a partir de 2000, não foge do desenho apontado. Os elementos centrais são: 1) mudar o papel dos governos - melhorar a capacidade de governabilidade, desenvolvimento de dados, descentralização da autoridade; 2) financiamento - associação de riscos, garantia de nível adequado para saúde pública e para os serviços básicos para população carente, contenção de custos; 3) prestação de serviços de saúde - descentralização, separação entre financiamento e provisão, parcerias entre público e o privado.

De maneira um tanto otimista, Berlinguer, em dezembro de 1999, comenta que a idéia de uma política de ajustamento econômico de cunho mais radical parece estar afastada, reconhecendo que a pobreza é o grande desafio a superar.

Negli ultimi due anni, molti gruppi sono nati e molte iniziative si sono sviluppate a favore dell' equità nella salute e nelle cure sanitarie in diverse parti del mondo. [...] agenzie internazionali (come la oms e la stessa Banca mondiale) hanno cominciato a parlare di questo argomento. [...] Nel corso degli anni novanta il tema è stato posto all'ordine del giorno più rapidamente e diffusamente di quanto ci si potesse aspettare (BERLINGUER, 1999, p. 44).

Não partilha-se do otimismo de Giovanni Berlinguer, antevendo-se que a focalização na pobreza propicia novos equívocos e impede um enquadramento mais abrangente do setor saúde, funcionando, novamente, como um antídoto para as crises mais severas do sistema capitalista. O direcionamento dos programas e ações de forma focalizada, pode efetivamente minorar situações de miserabilidade extrema, não alterando a situação de desigualdade e não construindo patamares mínimos de cidadania. O apelo valorativo da pobreza é um discurso que assenta a medida para construir a nova hegemonia na área da saúde, sendo o substrato ético que possibilita a reorganização de todas as dimensões relacionadas ao setor. Assim, favorece-se, sobremaneira, as novas contratualidades entre o Estado e a sociedade civil.

Contrariamente ao que ocorreu em 1988, os pactos que vêm sendo firmados prescindem do debate, da produção democrática de um novo consenso. Alterações vêm sendo implementadas no sistema através de Portarias Ministeriais, com escassa consideração pelo controle social.

Colocar a *pobreza* e a *escassez de recursos* como os vetores centrais das políticas sociais ocasiona um deslocamento radical da ótica de satisfação das necessidades básicas. A questão redistributiva deixa de ser parametrada pela área do direito social e passa a ser investida com a ótica da caridade e da benemerência, que não cria vínculos jurídicos e políticos de cidadania social. As consequências políticas são de ordens diferenciadas, percorrendo o caminho da redução da democracia social, reforçando a não-discriminação entre o público e o privado, inibindo a luta política a partir das classes sociais e marcando uma cidadania *invertida*.

O Ministério da Saúde perfilha-se ao que vem recentemente sendo postulado pelo Banco Mundial¹⁸⁴, ou seja, à preocupação com a redução da pobreza mundial. O Ministério encadeia o eixo argumentativo ético-político, com vistas a obter a adesão às mudanças e à tendência de reversão da atenção pública igualitária, pautado no *discurso da pobreza e da solidariedade*.

Nos anos 1980 até meados de 1990, a *cultura da crise* favoreceu a construção dos consensos exigidos para a primeira geração de mudanças, propostas pelo Consenso de Washington. Contrariamente, hoje, o apelo é o combate à pobreza e às situações de vulnerabilidade social, que podem representar riscos à governabilidade e à coesão nacional, global e mesmo internacional.

Esse discurso é o fio que articula os demais *topics* que levam à determinação de uma nova agenda. Estabelece as ligações entre as distintas dimensões que compõem as mudanças incrementais em curso, viabiliza o reenquadramento da sociedade civil, a redução da esfera pública e a aceitação da revisão das funções estatais - o mix público e privado, que vem sendo nomeado como *Welfare Mix*. A agenda pública atual é refeita, supostamente, a partir de um novo consenso, uma vez que as contradições e conflitos são transfigurados em qualidades antidemocráticas que não fazem parte da nova ordem mundial. A justificativa para a criação das Agências Executivas passa por esse argumento, ou seja, retirar do espaço político, áreas conflitivas, que, por coincidência, têm aspectos altamente rentáveis ao capital. A concessão de licenças para a produção de medicamentos e a autorização para funcionamento de hospitais e clínicas são alguns dos exemplos.

¹⁸⁴ A partir de 1998, o Banco Mundial insere a frase *O mundo livre da pobreza* como logotipo em sua página na web.

A cidadania social na saúde, que foi pensada e construída organizando um amplo leque consensual, na década de 1980, vai perdendo seu valor de referência no plano ético-político e no trânsito para a concretude dos direitos. Sofre um processo contínuo de desconstrução sob diversos ângulos, sendo *a pobreza*¹⁸⁵, junto com *a ética da solidariedade* e *a retórica da escassez*, o pólo irradiador da argumentação.

A partir dessa posição ético-política estabelece-se uma articulação entre o discurso da qualidade e o da eficiência, que reprisa, em grande parte, o deslocamento que o mesmo discurso experimentou na área da educação, alterando-se e adequando-se às especificidades da saúde. Gentilli (1995) demonstra que o discurso da qualidade apresenta-se como uma contraface da retórica da democratização, sendo aceito porque foi saturado com os conteúdos relacionados aos valores que possui no campo produtivo, de eficiência e eficácia, ainda que as expensas do autoritarismo e controle, próprios do meio mercantil. O discurso vem sendo prontamente admitido pelo fato que as expectativas de democracia social na saúde, prometidas pela Constituição de 1988, não vêm sendo implementadas ou difundidas devidamente, obscurecendo as conquistas obtidas com o SUS até o momento. Iriart, Merhy e Waitzkin (2000) têm interpretação similar sobre a questão.

Essa adesão a um novo discurso é facilitada, como explicam Iriart, Merhy e Waitzkin (2000), porque os diagnósticos da falta de eficiência das instituições estatais, da escassez de recursos que limitam o acesso, da redução da atenção, da burocratização, das respostas insatisfatórias às demandas são vivenciados pelos usuários e pelos atores do setor, que os reconhecem nos locais de trabalho. Assim, as experiências cotidianas constituem um “sustrato facilitador, para la aceptación del discurso que las toma como base en la elaboración de sus proyectos de reforma porque las experiencias se integran en los razonamientos realizador por las propuestas, mostrándolas como naturales y evidentes” (IRIART, MERHY E WAITZKIN, 2000, p. 103).

¹⁸⁵ Praticamente todas as produções técnicas e políticas das agências multilaterais manifestam uma grande preocupação com a questão da pobreza ou *vulnerabilidade social*, propondo soluções pontuais que tem reduzido, em pequenos percentuais, os índices de desenvolvimento humano. Persistem, entretanto, amplos bolsões de pobreza que são refratários a tais medidas paliativas, exigindo alterações em aspectos estruturais. O reduzido sucesso tem sido apropriado pelos governos como grandes conquistas que obscurecem o cenário desolador tão bem descrito por Santos (1997).

Dessa forma, vem sendo possível transformar a qualidade e a eficiência em valores em si, descartando o sentido antidemocrático que os mesmos contêm. Constrói-se, portanto, a *cultura da concordância*¹⁸⁶, da harmonia e da conformidade.

A articulação qualidade-eficiência-eficácia é usada em dois registros, que interferem negativamente na construção da cidadania social. De um lado, a ABRAMGE acentua a qualidade da atenção privada, que é acessível aos que possuem recursos financeiros. Os destituídos dos meios de acesso aos seguros de saúde ficam assim submetidos a um serviço, supostamente, de pouca qualidade, que é a atenção pública.

Esse fato acarreta quatro consequências, todas favoráveis à expansão do mercado. A primeira, é que produz a crença ingênua no imaginário popular, que, efetivamente, a qualidade do setor privado supera a do setor público, fazendo com que as famílias façam grandes sacrifícios para financiar um plano ou seguro privado de saúde.

A segunda consequência ocorre no plano simbólico, marcando a situação de classe ou de *ganhadores e perdedores*. Os primeiros, pertencem ao mundo dos que são atendidos no padrão de qualidade privado e os segundos, submetidos às *péssimas condições dos serviços públicos de saúde*, consoante veiculado insistentemente na mídia.

A terceira consequência envereda para a crítica à intervenção pública que, desqualificada também pelos responsáveis pelo próprio setor, não obtém apoio suficiente para a reversão do quadro precário que lhe é atribuído, iniciando-se um círculo vicioso, difícil de ser rompido.

Como quarta e última consequência, se reconhece o que Gentilli afirma em relação à educação, que pode ser transposto para a saúde, em face da argumentação anterior. Através desses mecanismos semânticos, “o discurso da qualidade foi assumindo a fisionomia de uma nova retórica conservadora funcional e coerente com o feroz ataque que hoje sofrem os espaços públicos (democráticos ou potencialmente democráticos)” [...] (GENTILLI, 1995, p. 115).

No plano técnico e jurídico-administrativo, provoca também consequências favoráveis às reformas incrementais. A primeira consequência é que reduz as possíveis controvérsias em face da adoção de inovações institucionais que estão na franja da inconstitucionalidade. Essa diminuição decorre do falso argumento que se é o setor privado que detém a qualidade, o

¹⁸⁶ A expressão foi uma sugestão de Ivete Simionatto e sintetiza, perfeitamente, os processos políticos em curso.

senso comum admite, sem maiores críticas, que seja o responsável pela prestação dos serviços e ações de saúde.

As Organizações Sociais e Agências Executivas situam-se nesse enquadramento, podendo o leque ser ampliado com os Consórcios, em alguns casos, na esteira das afirmações da CNTSS/CUT e Carta da XI Conferência Nacional de Saúde.

Há um reconhecido rompimento com o texto constitucional, enfatizado pelo Ministério Público na análise do procurador Gonçalves (1998) e repostado através das manifestações da CNTSS/CUT. Entretanto, os mecanismos, já referidos, de redução do potencial crítico não fornecem a sustentação política para um confronto maior a partir das forças políticas que vêm criticando o posicionamento governamental. Esse tipo de raciocínio advém da *economia de investimento emocional*, pelo fato da saúde estar em posição limítrofe entre o público e o privado. Entre providências que não podem aguardar, face à urgência, e as dificuldades de obtenção do tratamento, a razão prática olvida aspectos políticos. Do mesmo modo, fica cada vez mais difícil aliar os direitos de cidadania às questões de promoção e prevenção da saúde.

Uma segunda consequência é que respalda as transferências financeiras do setor público para o setor privado, sempre em nome da ampliação da qualidade, da eficiência e da eficácia, marcadas pelo mercado. Há uma redução do potencial crítico, uma vez que, se a intencionalidade governamental é equipar os hospitais, formar os recursos humanos, imprimir maior qualificação gerencial, não se encontram argumentos contrários para os questionamentos, dentro da lógica vigente.

Nessa linha, o Ministério da Saúde reitera o discurso da qualidade como um dos principais *topics* de sua matriz discursiva na medida que divulga, de forma articulada, as transferências financeiras e os benefícios qualitativos conseguidos com tais ações. Há o apelo à modernização gerencial, sendo que o próprio título do programa contido no PPA, *Programa de Qualidade e eficiência do SUS - modernização gerencial, física e tecnológica do SUS*, contém um suporte semântico que caminha pela faixa do inovador, do técnico, da gestão eficiente e eficaz. Funciona como um apelo irresistível em face de uma realidade reconhecidamente perversa.

Como última consequência, pode ser identificada a facilidade de aceitação da redução do papel estatal no âmbito da política de saúde. Quando o próprio Ministério da Saúde admite que o setor público é ineficiente, anárquico e avesso a procedimentos gerenciais (MS -

SERRA, 2000a, NEGRI, 2001), qualificações exatamente contrárias ao ideal de qualidade, transfere, simbolicamente, ao setor privado a competência que historicamente foi atributo governamental. Inclue-se nesse leque, desde a atenção à saúde até os mecanismos de acreditação hospitalar.

O confronto com a CNTSS/CUT e a Pastoral da Saúde é cristalino na questão acima, mas os argumentos das entidades são desqualificados como sendo demandas retrógradas e alheias à contemporaneidade.

Um aspecto que, estrategicamente, não é mencionado no discurso do Ministério da Saúde é a inserção do capital financeiro multinacional no país. O fato vem sendo alardeado criticamente pela ABRAMGE, pela CNTSS/CUT e pela Pastoral da Saúde, tendo sido afirmado também pelo representante do CONASEMS em 1999. Não se pode esquecer o reconhecimento pelo representante da Academia para Assuntos Internacionais de Saúde, em 1998, da postura favorável do governo brasileiro à entrada do capital internacional no setor saúde.

A entrada do capital financeiro multinacional vem alterando substancialmente a composição do setor saúde, sendo que os estudos recentes¹⁸⁷ apontam que as grandes corporações vêm se posicionando como administradores de fundos de seguros médicos, com a experiência da atenção gerenciada. No Brasil, de forma diversa à que ocorre na América Latina, os agentes financeiros responsáveis pelo capital internacional estão administrando unicamente os fundos privados. Esse fato pode ser considerado como resultado positivo das posições políticas contrárias dos movimentos sindicais, populares e de grupos acadêmicos comprometidos com a implementação do SUS (IRIART, MERHY, WAITZKIN, 2000).

Na questão financeira, e relacionada indiretamente com os encaminhamentos para a expansão do mercado privado de saúde, se localizam as estratégias para o desfinanciamento do setor, sendo identificado um claro descumprimento da Constituição de 1998 na área. A redução das verbas orçamentárias, que ocorre através do contingenciamento, da substituição de rubricas e dos baixos valores alocados no PPA, expressa a adesão ao primeiro objetivo do mesmo, que é o de sanear as finanças públicas. A suposta crise, conforme evidenciado pelos estudiosos da área, se deve muito mais às opções políticas de alocação de recursos do que efetivamente da falta dos mesmos.

¹⁸⁷ Destaca-se, nesse particular, os estudos de Ligia Bahia (2000b, 2000c).

As transferências de rubricas do Orçamento da Seguridade Social para gastos em outras despesas que não as de proteção social desfiguraram o princípio solidário que foi definido para a Seguridade Social brasileira. Como as technicalidades orçamentárias são de difícil domínio e raras vezes os conselheiros de saúde estaduais e municipais possuem conhecimentos para manejar as informações, os desvios de rubricas, que vêm sendo praticados desde 1997, são frequentes e frontalmente contrários ao predisposto na Constituição de 1988. As denúncias da Pastoral da Saúde e da CNTSS/CUT sobre a questão não obtêm visibilidade e apoio necessário para serem transformadas em ações políticas mais efetivas.

A quebra da diretriz da equidade no financiamento aliada à submissão da execução orçamentária à disponibilidade de caixa do Tesouro Nacional é uma flagrante ruptura das diretrizes do SUS. A base diversificada de financiamento e o princípio solidário no compartilhamento dos riscos, que serviriam de anteparo às crises econômicas, deixam de ser realidade.

Outra estratégia que vem sendo apontada como uma tendência de fragmentar o SUS é o esquema de financiamento nas duas formas de gestão do sistema. Alguns autores, entre eles Carvalho (2001), Bueno e Merhy (2001), classificam essa medida como uma inconstitucionalidade, chamando a atenção para a exclusão de vários procedimentos de média complexidade que integravam o piso de atenção básica. O procedimento expressa a concordância com as normativas do Banco Mundial. Segundo alguns analistas, é a forma do governo brasileiro responder às exigências do Banco, mantendo uma aparência de atendimento à demanda.

Ainda nesse aspecto, é necessário estabelecer uma relação com o financiamento REFORSUS, que completa o raciocínio que busca-se desenvolver. Rizzotto (2000) informa que apesar da constante defesa da atenção primária, a destinação da maior parte dos recursos do programa foi para a readequação física, tecnológica e gerencial da rede hospitalar pública e privada, rede de sangue e laboratórios. O discurso ministerial é extremamente ambíguo, pois, igualmente reiterando a importância da atenção básica, coloca a grande expansão de exames complexos e de alto custo como um valor da modernidade, classificando-os como procedimentos de rotina médica (MS - FERRATO SANTOS, 2002). Em outros países, tais exames são destinados aos serviços de média e alta complexidade e a incorporação tecnológica é regulada pelo setor público.

O discurso da *vulnerabilidade social* guarda ainda outras funcionalidades nas reformas incrementais, sendo uma das mais significativas, favorecer a aceitação dos programas focalizados de atenção. Aliando a vulnerabilidade à escassez de recursos financeiros, prepara o terreno para a adesão aos programas de alto impacto e baixo custo, ainda que reduzindo o nível de atenção, fazendo a transposição da equidade em saúde para a equidade social. Tal procedimento tem uma dupla serventia. A primeira é a de afastar as críticas à qualidade precária dos programas e ao reduzido investimento que vem sendo objeto; a segunda, o de possibilitar um atendimento mínimo à população.

Os programas centrais do Ministério da Saúde vêm atender ao antigo diagnóstico marcado por um vetor classista do Banco Mundial, que é complementado pelo então Ministro José Serra (MS – 2000a). O quadro seria o da falta de informação das pessoas, que segundo a autoridade ministerial, determina a baixa demanda pela rede pública pelo segmento populacional mais empobrecido. Desse modo, os Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde têm um alto investimento em termos de divulgação e baixo investimento em termos financeiros.

Ao Programa Saúde da Família é atribuída a responsabilidade de estruturar um novo modelo de atenção à saúde, o que parece ser bastante pretensioso, dado o reduzido potencial de mudança que a equipe pode oferecer. Enquanto estratégia de expansão de cobertura dos serviços básicos, tem realmente validade operacional, sendo questionáveis, entretanto, os demais objetivos do programa. Ademais, a inexistência de estudos mais amplos e não apenas pontuais, abrangendo um número restrito de municípios, não autoriza qualquer opinião mais conseqüente sobre a questão. O próprio Secretário Executivo do Ministério da Saúde afirmou que falta uma avaliação mais ampla e sistemática dos resultados do programa (MERCADANTE, 2002). Discorre ser um desafio para o PSF a implementação do programa em grandes centros urbanos, onde o diagnóstico epidemiológico é bastante diverso das localidades onde o programa está implementado.

Essas alterações vêm favorecendo a ampliação de um novo acordo em relação ao direito à saúde e influenciando a definição de agendas políticas nacionais para o setor.

As bases discursivas que detêm a possibilidade da construção de um outro pensamento hegemônico são veiculadas através das racionalidades identificadas com o paradigma da economia da saúde, como a eficiência, a eficácia, a redução dos custos, o uso de técnicas gerenciais e a prevalência de mecanismos de controle isentos de participação popular. Argumentos que contribuem para criar condições para o progressivo e rápido afastamento do

direito à saúde como um direito de todos e um dever do Estado permeiam todo o discurso das elites governamentais e da ABRAMGE.

O processo de mercantilização da saúde, de um lado, e a necessidade de expansão dos planos e seguros de saúde junto à uma população cada vez mais empobrecida, de outro, possibilitam a aceitação da intervenção estatal como a única forma de resolver os problemas da área, permitindo que o Estado assuma estratégias redutoras de custo na atenção focalizada na pobreza, tendo em vista a economia do fundo público e garantindo a tranquilidade para o mercado (BANCO MUNDIAL, 1997).

Essa reorganização associa três elementos favoráveis ao ideário pautado na perspectiva do ajuste estrutural. Primeiro, os novos encargos familiares na repartição dos custos da atenção sanitária e intensificação dos cuidados assistenciais e promocionais da saúde. O Brasil segue, nessa linha, a tendência dos países onde o *Welfare State* vem sendo reordenado pelo eixo familiar, ou seja, onde a participação sócio-política foi estruturada a partir da inserção masculina no mercado de trabalho.

O segundo elemento é a busca de uma nova solidariedade, fomentada pelo Estado e pelo mercado, com o objetivo de reduzir os gastos com a saúde. Isso leva à implementação de programas de baixo custo para a população mais pobre, de transferência das responsabilidades para as instituições filantrópicas. Intensifica-se, entretanto, a expansão das seguradoras com a criação de novos mercados para segmentos diferenciados. Ambos são gerenciados dentro dos princípios do *managed care*.

O terceiro, é que, no plano mais político, ocorre a redução da esfera pública na saúde, mesmo que alguns autores afirmem o contrário. A transferência da discussão da saúde para espaços despolitizados, a reorientação do controle social do âmbito da formulação de políticas para o controle sobre a qualidade do serviço, a desqualificação das instâncias de mediação institucional, o apelo ao individualismo e à família como agentes econômicos e políticos confirmam a hipótese sugerida para o estudo.

O movimento por parte do setor público, no sentido de distanciamento das diretrizes constitucionais, é reconhecido na forma que vem tratando a questão do controle social e sua relação com os conselhos de saúde. A tendência é de fortalecer a dimensão controladora dos conselhos como fiscalizadores dos serviços prestados, não a dimensão decisória, pois os *pacotes* de assistência à saúde vêm prontos, definidos pela tecnoburocracia ministerial. Ainda que, formalmente, ocorra a aprovação da Comissão Intergestora Tripartite e do Conselho

Nacional de Saúde, não tem havido efetivamente uma discussão aprofundada entre os atores políticos relevantes, o que é comprovado pelas denúncias da CNTSS/CUT. Igualmente, o estudo de Gershmann (2000) aponta na mesma direção.

A ação política e coordenadora do sistema, dos Secretários Municipais de Saúde, de forma semelhante, vêm sofrendo progressiva redução, contrariando determinação legal. Tal fato é reconhecido e afirmado pelo representante do CONASEMS, Luiz Odorico Monteiro de Andrade (MERCADANTE, CUPERTINO, ANDRADE, 2002). Este, em veemente observação, alerta a transposição do amplo papel político dos Secretários Municipais de Saúde para o papel limitado de gestores técnico-administrativos do sistema.

A esfera política é a que vem sendo a mais debilitada no eixo argumentativo do Ministério da Saúde, sendo substituída por um compósito de razão gerencial, cooperação solidária e anulação das diferenças de interesses. O fato de atribuir um estatuto privado à saúde concorre para a segmentação entre saúde e política.

É fundamental a participação da sociedade civil para consolidação das ações e serviços de saúde, sendo a única forma para se ampliar a democracia social necessária, superando a estreiteza do *cidadão consumidor*. Não é a participação da sociedade ou da *comunidade*, nos moldes previstos e orientados pelo Banco Mundial, com o apelo a tradicionais e inconseqüentes modelos benemerentes, caritativos e pautados no humanismo cristão, mas a recuperação da vitalidade da sociedade civil em sua dimensão de cidadania política.

A ética da solidariedade favorece a ascensão da família como *loci* privilegiado para atenção à saúde, que paulatinamente transfere essa necessidade, de seu aspecto coletivo para o individual, para a esfera privada. Não apenas em relação ao cuidado em si, como também ao financiamento dos serviços de saúde, que deixam de ser responsabilidade estatal. A transferência para a família tem outra conseqüência, a de ser um espaço privado em que as demandas estacionam e não transbordam para uma esfera pública.

Por último, resta abordar a questão inicial, ou seja, para que tipo de Estado de Bem Estar caminha a área da saúde?

Sem entrar na discussão quanto ao patamar, ou à existência ou não de um Estado de Bem Estar no Brasil, as agendas políticas do Ministério da Saúde e da ABRAMGE permitem inferir que a tendência é transformar a família, a sociedade civil e o mercado em espaços prevalentes na atenção à saúde. O poder público, especialmente o nível central, vem sendo

lentamente investido de outra função, qual seja a de ser, *por enquanto*, o pagador dos serviços e ações de saúde.

A base do dever sócio-político de prestação de serviços de saúde, sustentada em termos de satisfação das necessidades básicas das pessoas, preservando sua sobrevivência física e autonomia parece estar sendo colocada em segundo plano, assim como uma das condições primeiras da consideração do direito social, que é o fato de não ser reivindicado aos indivíduos em si, mas à sociedade em seu conjunto, sendo esta representada pelo governo, pela instância pública, que é a responsável pela garantia dos direitos de cidadania.

No passado recente, os valores ideológicos e políticos dominantes nas economias capitalistas avançadas permitiram a construção de um sistema de proteção social universalista e igualitário, sob a responsabilidade estatal. De forma distinta, atualmente, os fatos e as indicações analíticas apontam para outro caminho.

Os estudos sobre a questão vêm evidenciando as distinções entre os países centrais e os periféricos. Nos centrais, a crise do Estado de Bem Estar é reconhecida e os encaminhamentos, ainda que não homogêneos, não tiveram a radicalidade dos países periféricos. Nestes, se reconhece uma alteração significativa nos esquemas de proteção social, notadamente na área da previdência e saúde.

A análise dos desenhos atuais de atenção social indica que vem ocorrendo um processo de mercantilização. O atendimento de necessidades sociais básicas é passado às organizações da sociedade civil e famílias. Tal deslocamento é possível, uma vez que o ideal de igualdade que sedimentou os *Welfare State* durante o pós-guerra vem sendo repostado e recupera significados particulares nos diversos países, sob lógicas argumentativas distintas. No Brasil, predomina o apelo à qualidade, à pobreza e à crise econômica. Os direitos sociais estão perdendo força instituinte de uma sociabilidade comunitária e, quando muito, ficam submissos a uma concepção jurídica.

Quando se afirma a prioridade do direito sobre o bem, entendido o limite estrito da legalidade jurídica, está se afirmando que os direitos individuais não podem ser lesados em benefício do bem-estar geral. O que vai justificar o direito na forma jurídica não é a ampliação do bem estar geral, visto que é limitada pela interdição de se sobrepor os desejos individuais. “Existe uma clara contradição no desejo de fundamentar uma teoria de justiça distributiva nas premissas do individualismo liberal” (MOUFFE, 1996, p. 47).

Quando se questiona o limite da cooperação eqüitativa, tem-se em vista que uma concepção de tal natureza significa que haverá um quadro de direitos e liberdades fundamentais dentro do qual o conceito de bem está já estabelecido previamente, na dimensão da justiça, não como uma construção onde os interesses coletivos possam se sobrepor aos individuais.

O *direito a ter direitos*, que foi a base fundadora da mobilização popular, na década de 1980, vem cada vez mais perdendo seu *élan*, agravado pela desqualificação progressiva da cidadania plena. “Só no contexto de uma tradição que dê realmente lugar à dimensão política da existência humana e que permita pensar a cidadania como algo mais do que a simples titularidade de direitos é que podemos falar de valores democráticos” (MOUFFE, 1996, p. 51), ou que podemos falar da saúde como integradora das duas ordens de exigências para a vida social: a sobrevivência, como condição necessária para que se alcance outros fins; e a auttonomia, no sentido de liberdade para agir moralmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Haroldo B. O contexto histórico-social da crise dos padrões de regulação sócio-estatal. **Revista Praia Vermelha** – Revista do Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da UFRJ, Rio de Janeiro, v. I, n. 1, p. 49-74, 1997.

ALMEIDA, Célia. Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, Nilson R., BIREIRO, José M. (Orgs.). **Política de Saúde e Inovação Institucional**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996a. p. 69-98.

_____. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3-53, 1996b.

_____. Crise econômica, crise do Welfare State e reforma sanitária. In: GERSCHMAN, Sílvia; WERNECK, Maria Lúcia (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade: democracia e política no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 177-200.

_____. Gestão da Saúde no Contexto da Reforma do Estado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na perspectiva da Reforma do Estado – Relatório Final**. Brasília, 1998. p. 99-114.

_____. Saúde ns Reformas Contemporâneas. In: COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAJER, Débora. **Saúde, Equidade e Gênero: Um desafio para as políticas públicas**. Brasília: UnB/ABRASCO/ALAMES, 2000. p. 61-93.

_____. Reforma setorial contemporânea e novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais, experiências internacionais e tendências de mudança. Curso em Gestão de Saúde/FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acesso em: 7 abril 2002.

ALVARADO, Nelly. Relações entre os níveis de Governo na Gestão dos Sistemas de Saúde: a experiência chilena. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DAS AMÉRICAS. BRASIL, 2002, São Paulo. Ministério da Saúde.

ARRETCHE, Marta. T.S. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. **Boletim Informativo e Bibliográfico (BIB) das Ciências Sociais**, n. 39, Rio de Janeiro: ANPOCS/Relume-Dumará, 1995. p. 3-40.

BAHIA, Ligia. Planos Privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001a.

_____. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: Tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo. **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001b. p. 325-361.

_____. Risco, Seguro e Assistência Suplementar no Brasil. **2º Caderno de Saúde Suplementar**. Brasília: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dezembro de 2001c. p. 57-75. (Texto base da 2º Oficina de Saúde Suplementar).

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

_____. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1997. O Estado em um Mundo em Transformação**. Washington: Banco Mundial, 1997.

BARBALET, J.M. **A Cidadania**. Lisboa: Editora Estampa, 1989.

BARRETO, Maria Inês. As organizações sociais na reforma do Estado brasileiro. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill (Orgs.). **O público não estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: FGV/CLAD, 1999. p. 107-150.

BAUMANN, Renato. O Brasil nos anos 1990: Uma economia em transição. In: BAUMANN, Renato (Org.). **Brasil: uma década em transição**. Rio de Janeiro, Campus, 2000. p. 11-53.

BAYER, Gustavo F.; LEYS, Hector R. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Ano IV, n. 22, p. 108-125, 1986.

BEHRING, Elaine R. **A Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

BERLINQUER, Giovanni. O direito a vida e a ética da saúde. **Lua Nova**, São Paulo, n. 30, p. 121-143, 1993.

_____. Giovanni. Diritto alle cure: priorità o razionamento? **Qualità Equità, Rivista del Welfare Futuro**, Ano IV, n. 16. Roma: Editrice Liberetà, 1999. p. 39-49.

BERMÚDEZ, Mônica Solange De Martino. Políticas Sociales y Familia. Estado de Bienestar y neo-liberalismo familiarista. **Frontera - Revista do Departamento de Trabajo Social da Universidad de La República**, Montevideu, n. 4, p. 103-114, 2001.

BERNADERLLI, Jorge Corvera. La reglamentación de la medicina/ Regulation of medicine. **Anais de Otorrinolaringologia**. México, v. 4, p. 227-232, sept./nov. 1999.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOBBIO, Norberto; MATEUCCI, N., PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Brasília: UNB, 1995.

BRAGA, José Carlos de Souza. Dimensões econômicas e sociais do mercado de Assistência Suplementar. **2º Caderno de Saúde Suplementar**. p. 29 – 45, Brasília: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dezembro de 2001. (Texto base da 2º Oficina de Saúde Suplementar).

BRAGA, José Carlos de Souza; SILVA, Pedro Luis Barros. A mercantilização possível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001. p. 19 – 42.

BRANDÃO, Helena H. Nagamine. **Introdução à análise do discurso**. Campinas: Editora da UNICAMP, s/d.

BRANDÃO, Juarez. R. L. **Novos Parâmetros para a Reorganização da Política Social Brasileira**. Brasília: IPEA, p. 30-80, 1994. (Texto para discussão, n. 358).

BRASIL. Presidência da República. **I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República – I PND/NR**. Brasília, 1985.

_____ Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.882, Brasília, 1997.

_____ Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.121, Brasília, 1998.

_____ Portaria 3.952, Brasília, 1998.

_____ Senado Federal Lei 9790, Brasília, 1999

_____ Lei 9.782, Brasília, 2000.

_____ Lei 9.961. Brasília, 2000.

_____ Conselho Nacional de Saúde, Posição do Conselho Nacional de Saúde a respeito da proposta de criação das Organizações Sociais - 1997. *Conferência Nacional de Saúde On-Line*. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/conse.htm>>. Acesso em: 29 set. 2001.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Relatório da Reunião da Comissão do CNS de Orçamento e Financiamento em 06 e 07 de fev. 2002. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/noticias/relconfin2.htm>>. Acesso em: 26 jun. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. ago. 2002. (Texto apresentado pelo Ministério da Saúde no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, realizado de 11 a 14 de agosto de 2002).

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Reforma do Estado nos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle. **Cadernos MARE** v. 1, Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997a.

_____. Estratégia e Estrutura para um Novo Estado. **Revista de Economia Política**. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 24 -38, Julho/Novembro 1997b.

_____. Reforma do Estado nos Anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle. **Lua Nova**, São Paulo, n. 45, p. 49-95, 1998.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill (Orgs.). **O público não estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: FGV/CLAD, 1999.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; WILHEIN, Jorge; SOLA, Lourdes (Orgs.). **Sociedade e Estado em Transformação**. São Paulo: Ed. UNESP; Brasília: ENAP; 2001.

BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes - 1997. Obtido em: <<http://www.datasus.br/cns/>>. Artigo de 1997. Acesso em 12 dez. 2001.

BUSE, Kent; WAXMAN, Amália. Public-private health partnership: a strategy for WHO. **Bulletin of the World Health Organization**. Obtido em internet. <<http://www.scielosp.org/scielo.php>> Acesso em 16 maio 2002.

CAMPOS, Anna Maria; AVILA, Jorge Paula Costa; SILVA JR., Dércio Santiago. Avaliação de agências reguladoras: uma agenda de desafios para a sociedade brasileira. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n 5, p. 29-46, set./out. 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

_____. Sobre la Reforma de los Modelos de Atencion: un Modo Mutante de Hacer Salud. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 293-312.

CARVALHEIRO, José R. Os Desafios para a Saúde. **Estudos Avançados USP**, São Paulo, n. 35, p. 7-10, 2000.

CARVALHO Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e Democracia: a Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.

CASTELLS, Manuel. Crise do Estado, Consumo Coletivo e Contradições Urbanas. In: POULANTZAS, Nicos. **A crise do Estado**. Lisboa: Moraes, 1978. p.145-170.

CASTRO, Maria Helena Guimarães de. Conflitos e Interesses na implementação da Reforma da Política de Saúde. **Saúde em Debate**. n. 35, Londrina, p. 15-21, jul. 1992.

CHAUÍ, Marilena. **O Discurso Competente e Outras Falas**. 2 ed. São Paulo: Moderna, 1981.

_____. Raízes Teleológicas do Populismo no Brasil: Tecnocracia dos Dominantes, Messianismo dos Dominados. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Os Anos 90: Política e Sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 19-29.

COIMBRA, Marcos. Abordagens Teóricas ao Estudo das Políticas Sociais. In: ABRANCHES, Sergio; COIMBRA, Marcos; SANTOS, Wanderley Guilherme. (Orgs.). **Política Social e Combate à Pobreza**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1987. p. 65-104.

CEPAL Comissão Econômica para a América Latina e Caribe -. **Panorama Social 1999-2000**. Santiago: CEPAL, 2000.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

CORTIZO, Maria Del Carmen. **Matrizes Clássicas e Novas Concepções de Cidadania**. Monografia apresentada para o Concurso de Professor Adjunto ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002. 24 p.

COSTA, Nilson do Rosário. Políticas Públicas, Direitos e Interesses: Reforma Sanitária e Organização Sindical no Brasil. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 345-362.

_____. Organizações Internacionais e Reforma do Estado: o Projeto ReforSus do Banco Mundial. **Anais do XX Encontro Anual da ANPOCS**, Poços de Caldas, 1996.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (Orgs.). **Política de Saúde e Inovação Institucional – uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996.

COSTA, Nilson do Rosário; **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação. Saúde e Saneamento na Agenda Social**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes; SILVA, Pedro Luís Barros; MELO, Marcos André C. O. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas do mercado no setor saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 193-228, mar./abr., 2001.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luiz; RIBEIRO, José Mendes. Inovações Organizacionais e de Financiamento: Experiências a partir do cenário institucional. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.). **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001. p. 291-306.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes. **Reforma do Estado, Reforma Administrativa e impacto na gestão em saúde**. ENSP-FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>> Obtido em: 15 maio 2002. (Curso de Autogestão em Saúde).

COUTINHO, Carlos Nelson. **Dualidade de Poderes**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. Representação de Interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, Sonia Flury (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: CORTEZ/ABRASCO, 1989. p. 47-70.

_____. Notas sobre cidadania e modernidade. **Praia Vermelha – Revista do Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da UFRJ**, Rio de Janeiro, Vol 1, n. 1, p. 145-165, 1997.

_____. Prefácio. In: **O manifesto comunista 150 anos depois**. Daniel Aarão Reis Filho (Org.). Editora Contraponto, 1998, p.43-66.

_____. Gramsci e a sociedade civil. Obtido em: <<http://www.artnet.com.br/gramsci/arquiv93.htm>>. Acesso em: 01 de agosto de 2002.

DAGNINO, Evelina (Org.). **Os Anos 90: Política e Sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DAIN, Sulamis. Abordagem Econômica: o Financiamento do Sistema de Saúde e a Necessidade de Receita das Unidades Assistenciais. In: SEMINÁRIO A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS NO SUS, 1999, Relatório... Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Banco Mundial, 1999. p. 121 – 134.

_____. **Do Direito Social à Mercadoria**. 2000. 185 p. Tese (Concurso de Professor Titular) - Instituto de Medicina Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

DAIN, Sulamis; FAVERET, Ana Cecília de Sá Campelo; CAVALCANTI, Carlos Eduardo; CARVALHO, Déa de; QUADROS, Waldemir Luiz de. Avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.). **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001. p. 233- 288.

DALLARI, Sonia G; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Direito Sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e Democracia: a Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

DE FELICE, F. de. Il Welfare State: questioni controverse e un'ipotesi interpretativa. **Qualità Equità, Rivista del Welfare Futuro**, Ano IV, n. 16. Roma: Editrice Liberetà, 1998. p. 124-131.

DEIANA, Elettra. Dal welfare state al welfare family: una tendenza di fase da contrastare. Obtido em: <<http://www.rifondazione.it/statosociale/statosociale/famiglia.htm>> Acesso em: em: 12 jan. 2002.

DINIZ, Eli; LOPES, José Sérgio Leite; PRANDI, Reginaldo. (Orgs.). **O Brasil no rastro da crise**. São Paulo: ANPOCS/HUCITEC/IPEA, 1994

DINIZ, Eli. Uma Perspectiva Analítica para a Reforma do Estado. **Lua Nova**, São Paulo, n. 45, p. 29-48, 1998.

DRAIBE, Sônia M.; HENRIQUE, Wilnês. *Welfare State*, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 3, n. 6. 1988.

DRAIBE, Sônia M. O *Welfare State* no Brasil: características e perspectivas. **Anais do XII Encontro Anual da ANPOCS**, Águas de São Pedro, 1988.

_____. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: IPEA. **Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas**. Brasília: IPEA, 1990.

_____. Brasil: o Sistema de Proteção Social e suas transformações recentes. In: SEMINÁRIO REGIONAL PARA REFORMAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS. SANTIAGO: CEPAL, 1992.

DUPAS, Gilberto. A lógica econômica global e a urgência de um novo pacto social. Disponível em: <<http://tce.sc.gov.br/biblioteca/artigos/logicaeconomica/html>>, Acesso em: 16 jun. 2001.

ECO, Umberto. **Lector in fabula**. São Paulo: Perspectiva, 1979.

_____. **A Interpretação e a superinterpretação**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

ENGUITA, Mariano Fernández. In: O discurso da qualidade e a qualidade do discurso. GENTILLI, Pablo A.A. SILVA, Tomaz Tadeu da. **Neoliberalismo, qualidade total e educação**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 93-110.

ESPADA, João Carlos. **Direitos Sociais de Cidadania**. Lisboa: Imprensa Nacional, 1997.

ESPING-ANDERSEN O futuro do *Welfare State* na nova ordem mundial. **Lua Nova**, São Paulo, n. 35, p. 73-111, 1995a.

_____. Il welfare state senza lavoro. L'ascesa del familismo nelle politiche sociali dell'Europa continentale. **Stato e Mercato**, Florença, n. 45, p. 347-380, dezembro 1995b.

_____. As três economias políticas do *Welfare State*. *Lua Nova*, São Paulo, n. 24, p. 85-110, 1991.

_____. *The three worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1998.

_____. *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel, 2000.

_____. Un Estado de bienestar europeo para el siglo XXI, *La Factoria*, n. 13. Disponível em: <http://factoriaweb.com/articulos/gosta13.htm>, Acesso em 23 out 2001.

ETZIONI, Amitai. La comuna liberale. Entrevista concedida a Stefano da Empoli, Disponível em: <<http://www.ideazione.com/Rivista/2000>>. Acesso em: 4 maio 2002.

FERRATO SANTOS, Gabriel; SILVA, João José Candido; MARTINS, Analice Silva. Experiências Bem Sucedidas de Investimentos em Saúde: o caso REFORBUS. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DAS AMÉRICAS. BRASIL, 2002, São Paulo. Ministério da Saúde.

FIGUEIREDO, Argelina C. Princípios de Justiça e Avaliação de Políticas. **Lua Nova**, São Paulo, n. 39, p. 73-103, 1997.

FIGUEIRÓ, Ana Lúcia. Redefinição política ou despolitização? As concepções de “terceiro setor” no Brasil. **Katalysis** - Revista do Departamento de Serviço Social da UFSC, Florianópolis, n. 5, p. 73-87, jul./dez. 2001.

FIORI, José Luís. **Em busca do dissenso perdido**. São Paulo: Insight Editorial, 1995a.

_____. Estado do Bem Estar Social: Padrões e Crises. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, n. 17, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 1995b.

FITOUSSI, Jean Paul; Pierre Rosanvallon. **La nouvel age des inégalités**. 1996. Ficha de leitura disponível em: < <http://www.cnam.fr/depts/te/dso/lecture/index.htm> >. Acesso em 20 maio 2002.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994a.

_____. Políticas de salud en una sociedad de mercado. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 42, p. 65-75, março 1994b.

_____. Programa de estudo e reforma do Estado e governança. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 141-157, maio/jun. 1996.

_____. (Org.). **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

_____. Universal, Dual ou Plural? Modelos y dilemas de Atencion de la salud en America Latina. Rio de Janeiro: FGV, 2001. Disponível em: < <http://www.opas.org/htm> > Acesso em: 02 de janeiro de 2002.

FOUCAULT, Michel, **As Palavras e as Coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

_____. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1972.

_____. **A Ordem do Discurso**. .Ficha de Leitura. Disponível em:<<http://www.foucault.hpg.ig.com.br/ordem.html>>. Acesso em: 12 maio de 2001.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson Elias. PSF: Contradições e novos desafios. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php/>>. Acesso em: 28 mar. 2002.

FRIEDMAN, Milton. **Capitalismo e liberdade**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

GENTILLI, Pablo. O discurso da “qualidade” como nova retórica conservadora no campo educacional. In: GENTILLI, Pablo A. A.; SILVA, Tomaz Tadeu da. **Neoliberalismo, qualidade total e educação**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 111-177.

GERSCHMAN, Sílvia. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 147-170, jul./ago. 2000.

GIDDENS, Anthony. **Para Além da Esquerda e da Direita**. São Paulo: UNESP, 1996.

_____. **A terceira via**. São Paulo: Record. 1999

GONÇALVES, Wagner. Terceirização na Saúde Pública . **Conferência Nacional de Saúde On Line**. Disponível em:<<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/WAGTER/htm>>. Acesso em: 12 maio 2002.

GRUPPI, Luciano. **Tudo começou com Maquiavel. As concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci**. Porto Alegre: L&PM, 1980.

GUIRADO, Marlene. **Psicanálise e Análise de Discurso**. São Paulo: SUMMUS, 1995.

HAYEK, Friedrich A.von. **O caminho da servidão**. 2 ed.-Porto Alegre: Globo, 1977.

INSTITUTO LIBERAL DO RIO DE JANEIRO. Apresenta o ideário e divulga textos de referência sobre o pensamento liberal. Disponível em: <http://www.institutoliberal.org.br/> . Acesso em: 04 maio 2002.

IRIART, Célia; MERHY, Emerson Elia; WAITZKIN, Howard. La atención gerenciada en America Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 95-105, jan./mar. 2000.

JORDI, Borja. O papel do cidadão na reforma do Estado. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIN, Jorge; SOLA, Lourdes (Orgs.). **Sociedade e Estado em Transformação**. São Paulo:Ed. UNESP; Brasília: ENAP; 2001. p. 361 – 374.

JAMUR, Marilena. Solidariedade (s). **O Social em Questão** - Revista do Programa de Mestrado em Serviço Social da PUC – Rio, Rio de Janeiro, ano III, n. 4, p. 25 – 60, Jul./Dez 1999.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 2 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1976.

KYMLICKA, Will; NORMAN, Wayne. El retorno del ciudadano. **Ágora**, Buenos Aires, ano 3, n. 7, p. 5-42, Inverno 1997.

LAFORGIA, Jerry; RAW, Sílvia; LEVCOVITZ, Eduardo. O Papel das Instituições Internacionais no Processo das Reformas no Setor Saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DAS AMÉRICAS. BRASIL, 2002, São Paulo. Ministério da Saúde.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: **Estado e Políticas Sociais no neoliberalismo**. LAURELL, Asa.Cristina (Org.). São Paulo: Cortez/CEDEC, 1995a. p.151-178.

_____. La lógica de la Privatizacion en Salud. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCURZ, 1995b. p. 31-48.

_____. Para um novo Estado de Bem Estar na América Latina. **Lua Nova**, São Paulo, n. 45 p. 187-204, 1998.

_____. Globalización y Reforma del Estdo. In: COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAJER, Débora (Orgs.). **Saúde, Equidade e Gênero: Um desafio para as políticas públicas**. Brasília: 2000a. p. 35-60,

_____. La Salud: de derecho social a mercancía. **Boletín APS**, Quito, n. 5, p. 81-92, ago 2000b.

LAVINAS, Lena. Combinando compensatório e redistributivo: o desafio das políticas sociais no Brasil. In: HENRIQUE, Ricardo. **Desigualdade e Pobreza no Brasil**, Brasília: IPEA, 2000. p. 527-560.

LENHART, G. e OFFE, C. Teorias do Estado e Política Social. Tentativas de Explicação Político-Sociológica para as Funções e os Processos Inovadores da Política Social. In: OFFE, Claus. **Problemas estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p. 10-53.

LEOPARDI, Maria Tereza. O cuidado no trabalho da enfermagem face ao discurso neoliberal. In: SEMANA DA ENFERMAGEM, Itajaí, Anais... 2000.

LIGUORI, Guido. Estado e “Mundialização” em Gramsci. *Crítica Marxista*. Roma, n. 4-5. Disponível em :<http://www.citinv.it/publicazioni/CRITICA_MARXISTA>. Acesso em 10 Outubro 2000.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro. Reforma do Estado e Políticas de Saúde: discussão da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 49/50, p. 34-43, 1996.

LO VUOLO, Ruben. Anotações de palestra, dia 11 de maio de 2002, promovida pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LONDOÑO, Juan-Luis; FRENK, Júlio. **Pluralismo Estruturado: hacia un modelo inovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en America Latina**. Banco Interamericano de Desarrollo. 1997. (Documento de Trabajo, n. 353).

LOURENÇO, Alexandre F.M. Ética e a apropriação de conceitos e teorias de outros campos de conhecimento humano. **Medicina Social de Grupo**, São Paulo, ano XVI, n. 175, p. 35-44, out./dez. 2001.

LUZ, Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 32, p. 27-32, jun. 1991.

MAGLIO, Francisco. Propuestas en salud: de la exclusión a la inclusión. Disponível em: <<http://www.sama.org.ar/propuesta.html>>. Acesso em 07 abr. 2002.

MAINGUENEAU, Dominique. **Novas tendências em Análise do Discurso**. 3 ed. Campinas: Editora da UNICAMP/Pontes, 1997.

MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do Sistema Público de Saúde Brasileiro. **Série Financiamento del Desarrollo**, nº 82. Santiago: CEPAL, 1999.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Estado e SUS: a posição das agências internacionais e a experiência brasileira recente. **Indicadores econômicos**. Porto Alegre, p. 272-289, fev. 2001.

_____. O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho. **Base de dados CEDOC**. Organização Pan. Americana de Saúde, Disponível em: <<http://www.opas.org/htm/textos>> Acesso em: 10 de maio 2002.

MARSHALL, Thomas H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTÍNEZ DE PISÓN, José. **Políticas del Bienestar: Un estudio sobre los derechos sociales**. Madri: Tecnos, 1998.

MARTINS, Paulo Haus. Qual a diferença entre organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público? **Rede de Informações para o Terceiro Setor**. Disponível em: <http://www.rits.org.br/legislação_teste/Ig_teste/Ig_html>. Acesso em: 10 de jun. 2001.

MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, vol. 6, no. 2, p. 377-389, 2001

MELO, Marcus André B. C.; COSTA, Nilson do Rosário. Desenvolvimento Sustentável, Ajuste Estrutural e Política Social: as Estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 11, p. 49-108, jun./dez. 1994.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENEZES, Maria T.C.G. **Em busca da teoria: Políticas de Assistência Pública**. São Paulo: Cortez, 1993.

MERCADANTE, Otávio. Tendências e desafios do Sistema de Saúde no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL - TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS. BRASIL, 2002, São Paulo. Ministério da Saúde.

MERHY, Emerson Elias; BUENO, Wanderley Silva. Organizações Sociais: autonomia de quem e para que? Conferência Nacional de Saúde On-Line. Texto elaborado em junho de 1998. Obtido em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/datasus.htm>>. Acesso em 28 set. 2001.

MIDAGLIA, Carmen. La Ciudadania Social em Debate. In: GIOSCIA, Laura (Comp.) **Ciudadanía en tránsito: perfiles para el debate**. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 2001. p. 165-188.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Novas Propostas e Velhos Princípios: Subsídios para a Discussão da Assistência às Famílias no Contexto de Programas de Orientação e Apoio Sócio-familiar. **Frontera** – Revista do Departamento de Trabajo Social da Universidad de La República, Montevideu, n. 4, p. 93-102, 2001.

MISOCZY, Maria Cecília. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 42, p. 40-79, mar. 1994.

_____. A Agenda para Reformas do Banco Mundial e a Política de Saúde: Algumas Notas pra Reflexão. **Saúde em Debate**, Londrina, n.47, p. 4-7, jun. 1995.

MONDAINI, Marco. O socialismo democrático de Norberto Bobbio. Gramsci e o Brasil. Obtido em <http://www.artnet.com.br/gramsci/arquiv16.htm> > . Acesso em:10 jan. 2002.

MOON, D.J. Fondament moral de l'Etat providence. In. HOLCMAN,R. La protection sociale: principes, modèles nouveaux défis. **La Documentation Française**, Paris, n. 793, p. 27-29, 1997.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

MOUFFE, Chantal. **O Regresso do Político**. Lisboa: Gradiva, 1996.

NAFARRATE, Javier Torres. Galáxias de comunicação: o legado teórico de Luhmann. **Lua Nova**, São Paulo n. 51, p.144-161, 2000.

NAVARRO, Vicenç. **Neoliberalismo y Estado del bienestar**. 3 ed. Barcelona: Ariel, 2000a.

_____. **Globalización econômica, poder político y Estado del bienestar**. Barcelona: Ariel, 2000b.

NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001.

NOGARE, Pedro Dalle. **Humanismos e Anti-Humanismos: Introdução à Antropologia Filosófica**. Petrópolis: Vozes, 1988.

NORONHA, Jose Carvalho de; GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

NORONHA, Jose Carvalho de; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS – SUDS- SUS: Os caminhos do Direito à Saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (Orgs.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABRASCO/IMS-UERJ, 1994. p. 73-111.

NORONHA, José Carvalho de, SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 2, n. 2, p. 445 – 450, Rio de Janeiro, 2001.

NORONHA, Jose Carvalho de; RIBEIRO, José Aparecido Carlos; PIOLA, Sérgio Francisco. **Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: o Caso do Ministério da Saúde**. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para discussão, n. 802).

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP - UNICAMP. **Brasil, 1986: Relatório sobre a Situação Social do País**. Campinas: NEPP – UNICAMP, 1988.

O’CONNOR, J. **A crise do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

OFFE, Claus. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

_____ **Capitalismo desorganizado**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____ **Contradicciones en el Estado de Bienestar**. Madrid: Alianza Editorial. 1994.

_____ A Atual Transição da História e Algumas Opções Básicas para as Instituições da Sociedade. In: **Sociedade e Estado em Transformação**. BRESSER PEREIRA, Luis Carlos; WILHEIN, Jorge; SOLA, Lourdes. (Orgs.). Brasília: ENAP; São Paulo: UNESP, 1999. p. 119- 145.

OLIVEIRA FILHO, Silvio Mendes. In: SEMINÁRIO A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS NO SUS, 1999, Rio de Janeiro, Relatório....Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Banco Mundial, 1999.

OLIVEIRA, Francisco de. O surgimento do antivalor. **Novos Estudos**, São Paulo, n. 22, p. 8-28, 1988.

_____ A prova dos nove: conflito de classes, publicização e nova contratualidade. In: DINIZ, Eli ; LOPES, José Sérgio Leite; PRANDI, Reginaldo. (Orgs.). **O Brasil no rastro da crise**. São Paulo: ANPOCS/HUCITEC/IPEA, 1994. p. 9-15.

_____ *O que é formação para a cidadania?* Entrevista realizada por Silvio Caccia Bava, em 1999. Disponível em : <<http://www.dhnet.org.Br/textos/coliveira.htm>>. Acesso em 14 maio 2002.

OLIVEIRA, Heloísa Maria José. **Cultura Política e Assistência Social: uma análise das orientações dos gestores em Santa Catarina**. São Paulo, 2001. 263 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) –Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ORLANDI, Eni. **A linguagem e seu funcionamento: As formas do discurso**. Campinas: Ed. Fontes, 1987.

_____. **Análise de discurso: Princípios e Procedimentos**. Campinas: Pontes, 1993.

PÊCHEUX, Michel. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. Campinas: Pontes, 1990.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Desafios Contemporâneos para a Sociedade e a Família. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XVI, n. 48, p. 103-114, agosto 1995.

PIOLA, Sérgio Francisco; BIASOTO JUNIOR, Geraldo. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001. p. 219-232.

POLITICHE SOCIAL NEWS. Obtido em internet em 10 julho 2002. <<http://www.famiglia.regione.lombardia.it/psn/psn/asp>>

PRZEWORSKI, Adam e WALLERSTEIN, Michael. O Capitalismo democrático na encruzilhada, **Novos Estudos**, São Paulo, n. 22, p. 29-44, 1988.

_____. A Falácia Neoliberal. **Lua Nova**, São Paulo, n. 28-29, p. 209 –225. 1993.

_____. O Estado e o Cidadão. In: **Sociedade e Estado em Transformação**. BRESSER PEREIRA, Luís Carlos; WILHEIN, Jorge; SOLA, Lourdes. (Orgs.). Brasília: ENAP; São Paulo: UNESP, 1999. p. 325-359.

PUERTA, Jesus. **La sociedad como discurso**. Valencia: Universidad de Carabobo, 1996.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

RAWLS, John. **Uma teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 707 p.

REIS, Carlos Otávio Ocké. Uma estimativa dos gastos das famílias em saúde. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001. p. 395-406.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luís Barros. Políticas de Saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, n. 6. p. 61 – 84, Fevereiro, 2000.

RIU, A.M.; MORATÓ, J.C. **Dicionário de Filosofia**. Madrid: Herder, 1996. CD- ROM.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, 2000. 259 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas.

ROCHA, Paulo de Medeiros. Banco Mundial e Saúde: a Marcha Liberal dos Anos 90. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 196, p. out. 1999.

ROSANVALLON, Pierre. **A crise do Estado Providência**. Lisboa: Editorial Inquérito. 1981.

SANTOS, Boaventura Souza. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. **Lua Nova**, São Paulo, n. 39, p. 105-123, 1997.

_____. Reinventar a democracia: Entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. In: OLIVEIRA, Francisco; PAOLI, Maria Célia (Orgs.). **Os Sentidos da Democracia: Políticas do Dissenso e Hegemonia Global**. Petrópolis: Vozes; Brasília: NEDIC, 1999. p. 83-129.

_____. As tensões na modernidade. Conferência no Fórum Social Mundial. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/biblioteca/23_boaventura.doc>. Acesso em: 08 jul. 2001.

SANTOS, Wanderley G. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

_____. A trágica condição da política social. In: ABRANCHES, Sergio; COIMBRA, Marcos; SANTOS, Wanderley Guilherme. (Orgs.). **Política Social e Combate à Pobreza**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987. p. 33-63.

SARACENO, Chiara. **Sociologia della Famiglia**. Bolonha: Il Mulino, 1996.

SARTORI, Giovanni. **A Teoria da Democracia Revisitada**. Vol. II – As questões clássicas. São Paulo: Ática, 1994.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à Saúde: Efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SEMERARO, Giovanni. **Gramsci e a Sociedade Civil**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. Da sociedade de massas à sociedade civil: a concepção da subjetividade em Gramsci. Obtido em: <http://www.artnet.com.br/gramsci/arquiv98.htm> >. Acesso em: 08 de maio de 2002.

SEN, Amartya. **Sobre Ética e Economia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SGRITTA, Giovanni B. **Famiglia, Mercato e Stato**. Milão: Franco Angeli, 1988.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Abordagem Organizacional: Estrutura e Instrumentos Administrativos de Regulação. In: SEMINÁRIO A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS NO SUS, 1999, Rio de Janeiro, Relatório. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Banco Mundial, 1999. p. 135-149.

SILVA, Yolanda Flores e. **Cuidado de si ou violência corporal? A produção da velhice feminina na mídia**. 2000. 182 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. São Paulo/Florianópolis: Cortez/Edufsc, 1995.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera M. R. O direito à saúde e a ampliação política do espaço público. **Plural**, Florianópolis, v. 8, p. 70 - 74, 1996.

_____. NOGUEIRA, Vera M. R. O direito à saúde nos países do Mercosul. Relatório de Pesquisa. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

SINGER, P. **O Capitalismo: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica**. São Paulo: Editora Moderna, 1994.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

_____. Sobre a crise da seguridade social no Brasil. **Cadernos ADUFRJ**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 8-24, 2000.

SOUZA, Celina. Federalismo e Gasto Social no Brasil: Tensões e Tendências. **Lua Nova**. São Paulo, n. 52, p. 5-29, 2001.

STOYANOVITCH, Konstantin. **La Pensée Marxiste et le Droits**. Paris: Presses Univesitaire, 1974.

TAPIA, Jorge R. B; HENRIQUE, Wilnes. Crise, reforma e políticas sociais na América Latina. **Anais do XX Encontro Nacional da ANPOCS**, Poços de Caldas, 1997.

TEIXEIRA, Aloísio. Mercado e Imperfeições do Mercado: o caso da assistência suplementar. **2º Caderno de Saúde Suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar - Ministério da Saúde. Brasília, p. 3-22, Dezembro de 2001. (Texto base da 2º Oficina de Saúde Suplementar).

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Política de saúde na transição conservadora. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 26, p. 42-53, 1989.

TELLES, Vera. da S. Pobreza, movimentos sociais e cultura política: notas sobre as difíceis relações entre pobreza, direitos e democracia. In: DINIZ, Eli; LOPES, José Sérgio Leite; PRANDI, Reginaldo. (Orgs.). **O Brasil no rastro da crise**. São Paulo: ANPOCS/HUCITEC/IPEA, 1994a. p. 225-243.

_____. Pobreza, movimentos sociais e cultura política: públicos. In: DAGNINO, Evelina. (Org.). **Anos 90: Política e Sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994b. p. 91-102.

_____. **Direitos Sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

UGALDE, Antonio; JACKSON, Jeffrey T. Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. **Cuadernos Médico Sociales**. Santiago, n. 73, p. 45-60, 1998.

VAN PARIJS, P. **O que é uma sociedade justa**. São Paulo: Ática, 1997.

VIANA, Ana Luiza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Cadernos de Pesquisa**. NEPP- UNICAMP, Campinas, n. 5, 1988.

VIANA, Ana Luiza; DAL POZ, Mario Roberto. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil – Relatório Final – IDRC/CIID-BID. Rio de Janeiro, abril 1998. mimeo.

VIANNA, Maria Lúcia T.W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revam/ UCAM/IUPERJ, 1998.

VIANNA, Solon Magalhães. Reforma do Estado e Cenários Alternativos no Sistema de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na perspectiva da Reforma do Estado** – Relatório Final. Brasília, 1998.

WAITZKIN, Howard; IRIART, Celia. How the United States Exports Managed Care to Third-World Countries. **Monthley Review**, v. 52, n. 1, Fevereiro, 2000. Disponível em: < <http://www.monthlyreview.org/500waitz.htm> > . Acesso em: 20 de abril 2002.

WALZER, Michel. **As esferas da Justiça**. Lisboa: Presença, 1999.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and p rinciples of equity and health. **International Journal of Health Services**, Washington, v. 22, n. 3, 1992.

_____. The concepts and p rinciples of equity and health.WHO. Disponível em: <<http://www.who.dk/Document/PAE/conceptsrpd414.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2002.

WILLIAMSON, James. Crise leva mudança ao Consenso de Washington. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 9 ago., 2002. Caderno B, p. 4). Entrevista ao enviado especial a Washington).

WOLFENSOHN, James D. **The Other Crisis**. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1998.

WORLD BANK.Brazil: *The Organization, Delivery and financing of health care in Brazil: Agenda for the 90s*. Publicado em 30 de junho de 1994. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSCContentServer/WDSP/IB/1994/06/30/000009265_3961005172722/Rendered/PDF/multi0page.pdf>. Acesso em 28/05/2002.

FONTES DE PESQUISA

MINISTÉRIO DA SAÚDE E PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

BRASIL. Senado Federal. Lei 8080. Brasília, 1 990a.

BRASIL. Senado Federal. Lei 8 142. Brasília, 1 990b.

BRASIL. Senado Federal. Lei 9.637, Brasília, 1998a.

BRASIL.Senado Federal. Lei 9.782, Brasília, 2000a.

BRASIL.Senado Federal. Lei 9.961. Brasília, 2000b.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 14 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Estado*. Novembro 1995.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*. Brasília, n. 13, 1998.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Organizações Sociais. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*. Brasília, n. 2, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle de endemias*. Brasília, junho 2000a. p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde*¹⁸⁸. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde indígena*. Brasília, janeiro 2001a. p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agentes Comunitários de Saúde – PACS*. Brasília, janeiro 2001b. p. 40.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília, 1986.

¹⁸⁸ A Carta da XI Conferência, assinada pela CNTSS/CUT e Pastoral da Saúde, publicada no Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde foi considerada como a posição das duas entidades acima mencionadas.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Farmacêutica*. Brasília, 2000b. p. 39.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Básica – PAB- Parte fixa*. Brasília, junho 2001c. p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Combate às carências nutricionais - PCCN*. Brasília, 2001d. p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle do Câncer do colo do útero*. Brasília, janeiro 2001e, p. 32.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE/BANCO MUNDIAL. Seminário: A Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no SUS. 13 e 14 de abril de 1999. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/Banco Mundial, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração Conjunta do Ministro da Saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde. Mimeo. 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estruturação do PPA: visão do Planejamento Setorial da Saúde*, Brasília, setembro 2000c. p. 40.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestante de alto risco*. Brasília, maio 2001f, p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do Parto*. Brasília, dezembro 2000d. p. 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. *InformeSaúde*. Ano III, n. 1; 6; 14; 17; 18; 22; 23; 24; 30; 32; 38; 39. Brasília, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *InformeSaúde*. Ano III, n. 44; 45. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *InformeSaúde*. Ano IV, n. 41; 45; 51; 55; 56; 63; 67; 70; 71; 91. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Qualidade do sangue e hemoderivados*. Brasília, 2000e. p. 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da área da saúde – Copenhage +5*. Brasília, 2000f.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família - PSF*. Brasília, janeiro 2001g, p. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Ações prioritárias na atenção básica em saúde*. Brasília, 2000g. p. 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS: descentralização*. Brasília, dezembro 2000h. p. 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Urgência e emergência*. Brasília, janeiro 2001h. p. 39.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vacinação: doenças imunopreveníveis*. Brasília, maio 2001i. p. 60.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS: princípios e conquistas*. Brasília, 2001j. p. 40.

BRASIL. Ministério da Saúde/OPAS-OMS/CONASEMS. *Política de Recursos Humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho*. Brasília, 1999c. (Relatório Final). p. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde/Universidade de Brasília/OPAS. *Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado – Relatório Final*. Brasília, 1998. p. 198.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília, 1999e. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à Saúde, com Controle Social. *Anais da XI Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, 2000i. (Relatório final). p. 188.

BRASIL. Presidência da República. *5 anos do Real – Estabilidade e Desenvolvimento (SAÚDE)*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/> >. Acesso em: 14 dez. 2001.

BRASIL. Presidência da República. *7 anos do Real – Estabilidade, Crescimento e Desenvolvimento Social*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/> >. Acesso em 12 maio 2002.

BRASIL. Presidência da República. Mensagem ao Congresso Nacional. Brasília, 2001. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/> >. Acesso em 10 maio 2001.

BRASIL. Presidência da República. Mensagem Presidencial (versão atualizada em 18/01/2001). Brasília, 2001. mimeo.

Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília n. 1, Brasília, junho 2000. 44 p.

CARDOSO, Fernando Henrique. Notas sobre a Reforma do Estado. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 50, p. 5-11, março 1998.

FONSECA, Cláudio Duarte da. Secretario de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. *Revista Promoção da Saúde*, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília ano 2, n. 3, agosto 2000. p. 5-6.

MONTONE, Januário. Modalidades Institucionais propostas pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na perspectiva da Reforma do Estado – Relatório Final*, Brasília, 1998. p. 159-164.

NEGRI, Barjas. A realidade do Orçamento, Origem e Aplicação dos Recursos. In: FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Saúde e Previdência Social – Desafios para a Gestão no Próximo Milênio*. São Paulo: Makron Books, 2001. p. 59-66.

NEGRI, Barjas. Secretario Executivo do MS – Atenção básica: financiamento, descentralização e equidade. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, Novembro de 1999. p. 10-11.

Revista Brasileira de Saúde da Família, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, novembro 1999. p. 62.

Revista Brasileira de Saúde da Família, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, dezembro 2000. p. 60.

Revista Promoção da Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília ano 2, n. 3, agosto 2000. p. 58.

SERRA, José. *Ampliando o possível a Política de Saúde no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2000a¹⁸⁹.

¹⁸⁹ Os seguintes artigos e discursos proferidos encontram-se reunidos no livro *Ampliando o possível a política de saúde*: Conferência feita no BID, Washington em 11/04/2000; Crítica de ao relatório da OMS – Discurso na 42ª Sessão do Conselho Diretor da OPAS, em Washington, em 25/09/2000; Discurso de posse em 31/3/98; Discurso na OMS, em Genebra em 16/05/2000; Folha de São Paulo de 09/4/2000; Folha de São Paulo de 14/11/2000; Medicamentos; Jornal do Brasil de 09/07/2000; Folha de São Paulo, de 09/07/2000.

SERRA, José. Gente que cuida de gente – pronunciamento na *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília ano I, n. 3. Dezembro de 2000b. p. 3.

SERRA, José. Entrevista em novembro de 1999- *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, 1999a. p. 5-6.

SERRA, José. *Estudos Avançados - USP*. São Paulo, v. 13, n. 35, p. 39-50, 1999b.

SERRA, José. Texto na *Manual para Organização da Atenção Básica*, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde – 1999c. 40 p.

SOUZA Heloiza Machado de. Diretora do Departamento Atenção Básica do Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, Novembro de 1999. p. 7-9.

SOUZA Heloiza Machado de. Diretora do Departamento Atenção Básica do Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* – REBEN, p. 7-30, Dezembro 2000a.

SOUZA Heloiza Machado de. Diretora do Departamento Atenção Básica do Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família*, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, n. 1, junho 2000b.

SOUZA, Rhenilson Rehem de. Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. A população em primeiro lugar. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, 1999. p. 4.

ABRANGE

ABRAMGE – 9º Congresso *Estratégias para o crescimento sustentado*, em 22 e 23 de novembro de 2001. Disponível em: <<http://www.abramge.org.br>>. Acesso em: 28 março de 2002.

ABRAMGE. História. Disponível em: <<http://www.abramge.org.br>>. Acesso em: 20 abril 2001.

ABRAMGE. A realidade da medicina de grupo no país. Disponível em: < ABRAMGE. História. Disponível em: <<http://www.abramge.org.br>>. Acesso em: 20 abril 2001.

ABRAMGE. Informes de Imprensa. Disponível em: <<http://www.abramge.org.br>>. Acesso em: 26 out. 2001.

ALMEIDA, Arlindo. no X Congresso da Asociacion Latino americana de Sistemas Privados de Salud – ALAMI, em Cartagena, Colômbia, de 20 a 22 de setembro de 2000. Disponível em: <<http://www.abramge.org.br>>. Acesso em: 28 out. 2001.

ALMEIDA, Arlindo. Palestra proferida na I Teleconferência Brasil-Canadá – 03 de Outubro de 2000. Disponível em: <<http://www.abramge.org.br>>. Acesso em: 28 out. 2001.

ALMEIDA, Arlindo. Palestra. III Congresso Nacional de Assistência à Saúde nas Empresas, realizado pelo Ciefas, 31/10/2000, Salvador, BA. Disponível em: <<http://www.abramge.org.br>>. Acesso em: 28 out. 2001.

ALMEIDA, Arlindo Planos Coletivos de Saúde: Dificuldades e Desafios" realizado pela Abraspe em 30 de novembro de 2000, no Hotel Meliá, em São Paulo. Disponível em: <<http://www.abramge.org.br>>. Acesso em: 28 out. 2001.

ALMEIDA, Arlindo. A solução para o problema da saúde é mista e solidária. In: *Estudos Avançados – USP*, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 117-124, 1999

ALMEIDA, Arlindo. Presidente ABRAMGE. Participação da Iniciativa Privada nas Políticas de Saúde. In: FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Saúde e Previdência Social – Desafios para a Gestão no Próximo Milênio*. São Paulo: Makron Books, 2001. p. 27-38.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL – ANO XII, N 140, JANEIRO DE 1998.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL – ANO XIII, N 141, FEVEREIRO DE 1998.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL – ANO XIII, N 142, MARÇO DE 1998.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL – ANO XIII, N 143, ABRIL DE 1998.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL – ANO XIII, N 144, MAIO DE 1998.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL – ANO XIII, N 145, JUNHO DE 1998.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL – ANO XIII, N 146, JULHO DE 1998.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL – ANO XIII, N 147, AGOSTO DE 1998.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL – ANO XIII, N 148, SETEMBRO DE 1998.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL – ANO XIII, N 149, OUTUBRO DE 1998.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL – ANO XIV, N 150, NOVEMBRO DE 1998.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL – ANO XIV, N 151, DEZEMBRO DE 1998.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 152, janeiro 1999.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 153, fevereiro 1999.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 154, março 1999.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 155, abril 1999.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 156, maio 1999.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 157 junho 1999.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 158, julho 1999.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 162, setembro 1999.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 161, outubro 1999.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 162, novembro 1999.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 163, dezembro 1999.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 165, fevereiro 2000.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 166, março 2000.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 168, Julho/Agosto 2000.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 170, novembro/dezembro 2000.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 171, janeiro/fevereiro 2001.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. ANO XV, N. 172, março/abril 2001.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. Ano XV, n. 174, julho/agosto 2001.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. Ano XVI, n. 175, out/dez 2001.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. Ano XVI, n. 176, janeiro/fevereiro 2002.

ABRAMGE. MEDICINA SOCIAL DE GRUPO. Ano XVI, n. 177, abril maio 2002.

CNTSS/CUT¹⁹⁰

Central Única dos Trabalhadores – CUT – 9ª Plenária nacional. Disponível em: <<http://www.cut.org.br/documentos.htm>> Acesso em: 20 dez. 2001a.

CNTSS/CUT. *A defesa da saúde em nossas mãos* – CNTSS-CUT¹⁹¹ - 1998a.

CNTSS/CUT. Relatório do 1º Congresso da CNTSS – maio de 1998b. Disponível em: <http://www.cntsscut.org.br/1congresso1.htm> >. Acesso em: 20 dez. 2001.

CNTSS/CUT. *Agências Executivas e Organizações Sociais – Uma Análise Crítica À Proposta Governamental da Reforma do Estado para a Previdência e Saúde Pública.*- Gestão 96/99. 1999

CNTSS/CUT. *Princípios e Diretrizes para a NOB/RH – SUS* – 1998c.

CNTSS/CUT. *Consórcios Intermunicipais de Saúde* – 30 de maio de 2001b. Disponível em: <http://www.cntsscut.org.br/pub_con.htm> . Acesso em: 18 maio 2001.

¹⁹⁰ A data da emissão do documento foi a considerada na indicação do corpo do trabalho, no sentido de marcar sua temporalidade.

¹⁹¹ Esse documento foi publicado em final de 1997 e divulgado em 1998 e anos seguintes, estando na home page da CNTSS/CUT até a data de hoje, razão de estar incluído na pesquisa.

CNTSS/CUT. Resoluções da 1ª Plenária Extraordinária da CNTSS/CUT. Guarapari/Estado, 4 e 5 dezembro de 1998d. Obtida em: <http://www.cntsscut.org.br/resplen98_tex.htm> Acesso em: 06 de julho 2001.

CNTSS/CUT. Resoluções da 2ª Plenária Extraordinária da CNTSS/CUT, 17 E 18 DE março de 2000a. Disponível em: <http://www.cntsscut.org.br/resplen00_tex.htm>. Acesso em 06 julho 2001.

CUT. O Sistema Único de Saúde/Condições de Vida no Brasil, nas Regiões e Estados – maio 1998d. *Caderno Temático*. São Paulo, 1998f. Mimeo. (Relatório de Pesquisa). Disponível em: <http://www.cntsscut.org.br/pub_sus.htm> .Acesso em 4 junho 2001.

CUT. Tese da Cut à XI Conferência Nacional De Saúde. 2000b. mimeo.

CNTSS/CUT. Resoluções do 1º Congresso da CNTSS/CUT. 1998e.

CNTSS/CUT. Texto Base Unificado para o Congresso da CNTSS/CUT (inclui adendos das correntes políticas no interior da cut) - 1998f.

CNTSS/CUT. Em Defesa da Saúde e pela Implantação do Sus (s/d).

PASTORAL DA SAÚDE

BOLETIM INFORMATIVO DO INSTITUTO CAMILIANO DE PASTORAL DA SAÚDE E BIOÉTICA - Editado pelo Instituto Camiliano. São Paulo.

Janeiro – dezembro 1998/Janeiro 1999.

Fevereiro – dezembro 1999

Janeiro – dezembro 2000.

Janeiro/Fevereiro/2001 – Maio 2001.

Anexo – Categorias das matrizes discursivas

Direito à saúde

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
Garantia de acesso universal e de qualidade às ações de saúde	Qualidade de vida Bem e serviços obtidos via mercado Cura da doença População sem acesso ao mercado - publica	Qualidade de vida. Subsumida à questão econômica, Necessidades básicas de saúde Bem não mercantil Bem e serviços obtidos via mercado Direito de todos Direito social Direito à qualidade e à solidariedade Garantido a população desprovida recursos financeiros Universal/qualidade Direito focalizado segmento empobrecido	Condições acesso a outros bens Qualidade de vida Direito de todos Direito social Conceito amplo global Prioridade do governo Situa como necessidade básica Acesso universal e de qualidade Saúde como um direito a conquistar Saúde como um processo Direito à saúde como dever do Estado	Qualidade de vida Estilos de vida saudável Visão Integral de saúde Acesso universal e de qualidade Direito à saúde como dever do Estado Direito de todos Universal	Qualidade de atendimento médico e de cuidados de saúde Focalização Garantia de serviços essenciais para população risco social nos países em desenvolvimento. Garantia de serviços essenciais a serem definidos pelos países.

Diagnóstico crise/análise do setor

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
	Condições econômicas Pobreza da população inibindo expansão mercado Tamanho da rede assistencial pública Tamanho da população	Burocracia estatal Iniquidade na alocação recursos Indefinição papéis Falta esclarecimento população Falta informação à população Resistência municípios em assumir responsabilidades face escassez recursos Despreparo administrativo níveis subnacionais Ineficácia do Estado Dificuldade de gerenciamento rede Necessidade de regulamentação setor privado Desarticulação entre esferas governo Falta de visão Falta de especialistas e administradores em políticas saúde	Reduzido investimento em saúde Favorecimento à iniciativa privada em detrimento do público Ameaça à integralidade Causas sociais relacionadas à saúde (violência, drogas, desnutrição) Prioridade em Investimentos no setor privado ocasionando baixos índices sanitários Privilegio do setor privado Desigualdade social Sucateamento serviços públicos Dificuldade de recuperação equipamentos Propaganda enganosa do governo favorecendo a privatização	Pobreza e aumento desigualdades sociais Individualismo Crise social e econômica Deterioração da rede assistencial Focalização das ações Redução dos gastos públicos Campanhismo Desarticulação entre os níveis de saúde Precariedade no acesso ao SUS favorecendo crescimento seguros privados – comprometendo universalidade e equidade acentua a divisão SUS c	Ineficiência e ineficácia no uso dos recursos públicos Concentração recursos no centro oeste e sul do Brasil Setor privado financiado pelo público (80% leitos contratados do setor privado) Ampliação desmedida da demanda após reforma Indefinição papéis nacional e sub nacionais Incapacidade do município de administrar serviços Pressão demanda reduz qualidade serviço

		Dissolução dos laços familiares e sociais Falta flexibilidade funcionalismo público Inexistência de política de saúde Anarquia no setor federal e municipal Conceito equivocado população sobre o Ministério da Saúde Descontrole dos gastos Indefinição das responsabilidades no orçamento Tamanho da rede Desperdícios	privatização Trabalho negativo da imprensa para denegrir o serviço público		Inexistência controles financeiros e administrativos Tamanho rede pública Setor público financiamento o privado (complex network of providers and payers, além dos filantropicos e beneficentes) Falta de transparência na network acima Práticas ilegais do setor privado não respeitando direitos consumidor Inexistência de marcos regulatórios para proteger o consumidor saúde Inexistência de um sistema de acreditação hospitalar
--	--	--	---	--	--

Determinantes da saúde

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
Os propostos pela VIII Conferência	Dependente de alta tecnologia e cuidados médicos Prevenção para evitar doença,	Informação suficiente Saneamento e alimentação adequada Mobilização da sociedade Fluxo permanente recursos, mesmo modestos Orçamento suficiente Compromisso Estado, sociedade e trabalhadores	Determinada por vários fatores Maior igualdade social Promoção da equidade Distribuição da renda mais igualitária Solidariedade nacional	Economia, ecologia.	Investimentos racionais e controle e avaliação desempenho Planejamento adequado

Serviços da Saúde/ Rede assistencial

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
	Serviços públicos para atender a população de baixa renda Serviços privados para	Integração da área estatal, privada e filantrópica Ênfase na atenção	Serviços públicos de qualidade e em qualidade suficiente para	Integralidade da atenção Crítica à saúde como cuidados	Criar um ambiente propício para que as famílias melhorem suas condições de saúde

	os que podem financiar seguros e planos de saúde Expansão atendimento privado em hospitais públicos	básica PSF e PACS Descentralização Municipalização Apoio ao setor filantrópico Setor hospitalar público e privado – reforsus Participação família e comunidade resolução próprios problemas	atender toda a população	básicos Serviços públicos de qualidade	Serviços públicos e privados Estabelecer um pacote de serviços clínicos essenciais e básicos Atenção secundária ser direcionada ao mercado. Prioridades para investimentos atenção terciária
--	--	---	--------------------------	---	---

Eixos ação política

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
	Aliança com o governo União do público com o privado Ocupação de espaços em fóruns do setor Denúncia das mazelas do setor público Exaltação das vantagens setor privado	Contato direto com usuário Parcerias com sociedade civil e setor privado Cooperação mais estreita entre governo e sociedade Relevância parcerias Fortalecimento de organizações representativas Divulgação contínua dos gastos	Capacitação de conselheiros Mobilizações comunitárias em defesa do SUS Ocupação espaços em fóruns do setor Alianças com usuários do SUS Denúncia do agravamento do quadro epidemiológico e das inconstitucionalidades Fortalecimento dos CMS e das Conferências e Plenárias Clareza e divulgação do projeto político	Ampliar os formadores e guias pastorais Encontros e seminários Publicações Fortalecimento da cidadania	Apresentação de diretrizes e orientações Financiamento programas

Racionalidades presentes

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
Financiamento público Fortalecimento irrestrito do público Autonomia dos municípios Fortalecimento do controle social Compromisso irrestrito com a vida (não subordinar à	Lucro econômico via expansão de mercados Tratamento competitivo entre operadoras Saúde como possibilidade de acumulação de capital, Inclusão/exclusão da rede privada do SUS de acordo conveniência Crise da saúde devida a	Parcerias para superar restrições orçamentárias PSF e PCCN privilegiam do áreas carentes (nordeste) Aprimoramento da rede privada para reduzir demanda pública Trabalho prioritário na exclusão Ênfase no trabalho do	Articulação intrínseca entre políticas sociais e econômicas (emprego, riscos sociais, futuro família) Relação entre ajuste econômico e crise na atenção à saúde Incompatibilidade entre atual política econômica e SUS Não redução recursos	Solidariedade Humanização. Equidade na atenção Atendimento igualitário Articulação entre políticas sociais e econômicas	Introduzir a questão da qualidade relacionando o custos, viabilidade e fiscalização (ONA) Incentivar e facilitar a participação do setor

economia	incompetência administrativa e redução orçamentária Atenção básica para quem não tem acesso setor privado Prioridade do individual Cidadania ligada à posse recursos financeiros Alternativa de assistência ao trabalhador Benefício para patrão e operário Grande nº de pessoas atendidas Amplitude e integralidade Movimenta grandes quantias financeiras SUS - emergências lotadas Insuficiência e precariedade	ACS Racionalizar uso = racionalizar o acesso Cidadania individual Redução de custos Controle do setor privado Eficiência administrativa Qualidade humana no atendimento – humanização Sociedade civil como locus prestação serviços Humanização no atendimento, Despreparo administrativo Eficiência e qualidade Centralidade no indivíduo e família Transferência para mercado de parte da demanda Atenção básica para quem não tem acesso setor privado Solidariedade relacionada à cidadania Família como foco de atenção Atendimento é público devido a falha na redistribuição renda Relação saúde com dívida em relação atraso no pagamento Flexibilização SUS Prioridade absoluta ao atendimento básico Solidariedade em economia mercado Usuário do serviço público Público não governamental Apelo a benemerência e não ao direito Cordialidade, civilidade, inclinação ativa e respeito Ineficiência sistema como vetor implementação PSF	em face de crises econômicas Conceito de descentralização com direção nacional Igualdade de oportunidade Radicalidade democrática Cidadania ligada ao trabalho Solidariedade nacional		privado Focalizaçã o Eficiência e eficácia gasto público Redução custo atenção à saúde Mecanismos de redução demanda alto custo Ênfase na atenção primária Transferência assistência para ONG e privado Subsídios para ONG para oferecerem cesta básica saúde Flexibilização das diretrizes federais na atenção à saúde
----------	--	--	--	--	---

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
<p>Financiamento público, regulamentação da pec 29,</p> <p>Proibição contratos substitutivos da gestão pública</p> <p>Recursos financeiros suficientes para todos os níveis do sistema</p>	<p>Liberdade setor privado</p> <p>Recursos públicos como incentivo ao setor privado</p> <p>Aumento de gastos com saúde devido aumento e envelhecimento população, e avanço tecnológico</p> <p>Estado regulando capital estrangeiro</p> <p>Competência do setor privado</p> <p>Dividir custos da atenção com Estado em procedimentos alto custo</p>	<p>Diminuir doenças para reduzir custos social e econômico (PSF e PACS)</p> <p>Racionalizar gastos com cuidados mais sofisticados</p> <p>Mudança no sistema de gestão para racionalidade privada</p> <p>Separação função financeira da execução serviços</p> <p>Alto índice de financiamento externo</p> <p>Financiamento de serviços filantrópicos e rede hospitalar SUS</p> <p>Financiamento pela demanda de serviços e não oferta de serviços.</p> <p>Romper com a lógica do financiamento por serviços prestados.</p> <p>Complicadores do orçamento: divisão responsabilidades e o desperdício</p> <p>Aumento de gastos do sistema devido aumento e envelhecimento população, e avanço tecnológico</p> <p>Necessidade de aperfeiçoar o financiamento</p> <p>Ampliação e controle do orçamento saúde</p> <p>Uso dos recursos públicos favorecendo privado (treinamento pessoal)</p> <p>Redução gastos de administração</p> <p>Rede básica – assessoria e desqualificada</p>	<p>Repasse verbas do FNS para FES E FMS,</p> <p>Controle pelos Conselhos Saúde</p> <p>Controle serviços prestados pelo setor privado, pelo SUS</p> <p>Ressarcimento ao SUS dos atendimentos conveniados</p> <p>Punição aos serviços conveniados que cobram “por fora”</p> <p>Dinheiro público em gastos públicos e não transferência para empresas privadas</p> <p>CPMF não resolve problema</p> <p>Cumprir as determinações legais relativas a gestão financeira</p>		<p>Tornar mais criterioso o investimento público em saúde</p> <p>Ampliar a regulação financeira</p> <p>Compatibilização entre orçamento e prioridade investimento</p> <p>Eliminar gradualmente os subsídios públicos aos grupos renda média e alta</p> <p>Ampliar a cobertura do seguro de saúde</p> <p>Corte de novos investimentos em hospitais públicos terciários</p> <p>Investir em atenção primária</p> <p>Investir em população em situação de risco social</p> <p>Separação entre prestação e financiamento serviços saúde</p> <p>Co-pagamento</p> <p>Criar “mercados internos ou quase mercados” nos sistemas públicos</p> <p>Incentivos financeiros para seguro privado</p> <p>Reduzir o financiamento por serviços prestados</p> <p>Racionalizar o uso da tecnologia de alto custo</p> <p>Incentivar a assistência domiciliar devido ao baixo custo</p>

Inovações SUS

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
----------------	---------	------------------	--------	-------------------	---------------

Proibição de quaisquer contratos e convênios com setor privado na gestão do sistema	<p>Instituir dois sistemas de saúde, o que daria ao SUS mais eficiência, redução de custos</p> <p>Superioridade de escolha individual em um mercado livre</p> <p>Facilidades gerenciais e maior rentabilidade aos parcos recursos públicos.</p>	<p>ONA operacionalizando a acreditação hospitalar</p> <p>Separação entre financiamento e execução políticas saúde</p> <p>Sistema público privado (contribuindo para reduzir demanda ao SUS)</p> <p>Regulamentação setor privado visando estimular o controle de custos e da concorrência dentro do setor evitando abusos em matéria preço, qualidade e cobertura e atendimento</p> <p>Transferência serviços públicos para OSCIP</p> <p>Defesa da OSCIP</p> <p>Separação de financiamento e regulação da função de prestação de serviços</p> <p>Resultados, qualidade e eficiência</p> <p>Descentralização gestão</p> <p>Agencias reguladoras e executivas</p> <p>Mudança gerencial enfatizada.</p>	<p>Crítica à separação entre financiamento e execução de políticas de saúde</p> <p>Crítica às Agencias Executivas e Organizações Sociais</p> <p>Recusa à gestão privada de serviços públicos</p> <p>Manutenção da FNS – contradição com Constituição</p> <p>Crítica à transferência do patrimônio e recursos públicos para OS E OSCIP</p>		<p>Aperfeiçoamento da regulação do mercado via exigências para exercício profissional.</p> <p>Mecanismos de regulação para setor seguro saúde</p> <p>Controle de custos</p> <p>Processos regulatórios inovadores, efetivos e eficazes</p>
---	---	---	---	--	---

Estado/Governo

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
<p>Cumprimento do SUS de acordo com princípios constitucionais</p> <p>Normas e procedimentos devem obedecer a leis</p> <p>Reorientação da atual política pública, tanto social como econômica</p>	<p>Governo deve subsidiar setor privado</p> <p>Estado assume atenção básica</p>	<p>Estado deve regular a prestação de serviços que garantam os direitos sociais aos cidadãos</p> <p>Estado atuando no investimento, nas transferências, nos subsídios e na terceirização,</p> <p>Papel regulador relevante no conjunto das ações saúde</p>	<p>Redução investimento financeiro em saúde pública</p> <p>Procedimentos privatizantes por parte do setor público</p> <p>Mercantilização da saúde</p> <p>Redução de custos via ênfase em procedimentos básicos saúde</p> <p>Focalização no atendimento</p> <p>Mercantilização da saúde</p> <p>Redução da esfera pública</p> <p>Redução de custos via ênfase em procedimentos básicos saúde</p> <p>Incompatibilidade entre atual política</p>	<p>Diminuir doenças para reduzir custos social e econômico (PSF e PACS)</p>	<p>Regulação sobre setor privado para melhorar qualidade do setor público e privado</p> <p>Ampliar cobertura planos</p>

			econômica e SUS		
			Focalização no atendimento		

Modelo assistencial

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
Organização da porta de entrada do sistema, por meio de distintas iniciativas de estruturação da Articulação e integração com demais níveis de atenção à saúde	Atenção básica como atribuição exclusiva do Estado. Visão de atenção básica reduzida Medicina grupo auxiliando campanhas educativas	Expansão ações voltadas à saúde família Atendimento universal Atendimento focalizado PSF peça articulada ao sistema PSF como contraposição modelo hospitalocêntrico Humanização práticas Crítica ao modelo hospitalocêntrico PSF como estratégia de reorientação modelo PSF prioridade para todos PSF = SUS Atenção básica para atender pressão e evitar hospitalização Espinha dorsal SUS:PSF PACS (BM) Garantia atenção integral Dois programas centrais PSF e PACS Limitação recursos opção PSF em áreas desassistidas Enfoque interdisciplinar do PSF Importância dos ACS. Agencias executivas Comprometem-se com fortalecimento SUS, garantindo princípios e diretrizes	Ênfase na prevenção, informação e educação em saúde (acesso, acolhimento, resolutividade, participação no processo tratamento) Atendimento a todas as necessidades de saúde Particularizado para atender as necessidades locais Crítica ao PSF.	Atenção integral, equânime e humanizada atenção básica Gestão pública do sistema Responsabilidade sanitária	Programa ampliado de imunizações Programa de suplementação de micronutrientes Programas sanitários escolares para tratar as verminoses e a deficiência de micronutrientes, e também para transmitir noções de higiene Programas para esclarecer o público sobre planejamento familiar e nutrição e sobre o controle de vetores e doenças Programas para reduzir o consumo de tabaco, álcool e drogas Programas para prevenção da AIDS, com ênfase nas DST's.

Controle social

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
Garantir o controle social e aprovação dos planos de saúde pelos conselhos, Respeito às deliberações dos conselhos e conferências	Não menciona.	Importância do Controle Social sobre qualidade dos serviços	Conselhos de saúde conforme determinam a lei Evitar a sua manipulação garantir as conferências Incentivo à participação pelos setores do campo democrático popular Controle social mais ligado à classe trabalhadora		Grupos de especialistas em saúde e políticas de saúde Papel das organizações profissionais na regulação do sistema

Recursos Humanos

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
Contratação via concurso público Aprimoramento profissional Condições dignas de trabalho e salário		Ignora contratação ilegal Transferência gestão RH para privado Aceita as irregularidades denunciadas	Plano de Carreira, cargos e salários valorizando todos os trabalhadores de saúde Treinamento e capacitação adequados Valorização do trabalhador da saúde, essencial à sociedade Regras constitucionais para admissão ao serviço público		Flexibilização

Topics diversos

XI Conferencia	ABRAMGE	Ministério Saúde	CNTSS/	Pastoral da Saúde	Banco Mundial
Fortalecimento da cidadania por meio do controle social Proibição de quaisquer contratos e convênios substituindo a gestão pública Atenção à saúde integral Atenção à equânime e humanizada Garantia de Financiamento para todos os níveis Autonomia dos municípios Aprovação dos planos nacional, estaduais e municipais pelos Conselhos de Saúde Evitar inconstitucionalidades na legislação infraconstitucional Respeito as	Alternativa de assistência ao trabalhador Benefício para patrão e operário Grande n° de pessoas atendidas Amplitude e integralidade Movimenta grandes quantias financeiras SUS - emergências lotadas Insuficiência e precariedade ações e recursos na área Precariedade de financiamento Descontrole das doenças endêmicas	Doenças Pressão dos pobres Importância setor privado Dificuldades gestão sistema Desregulamentação mercado Desperdício Gestão financeira difícil SUS dependentes Ampliação sistemática de gastos Reforma do Estado e reforma da saúde Impressionante a ênfase em divulgar repasse financeiro, sempre indicando o valor e não o que não foi cumprido do orçamento e não fazendo comparação	Universalização atendimento Preocupação com focalização Garantia de financiamento público Fortalecimento do controle social Cuidado com os recursos humanos Recusa às interferências político-partidárias Respeito ao controle social Ausência de punições ou sanções técnicas ou administrativas para gestores que descumprem a lei	Universalidade Direito Social SUS como sistema único Valorização público Nível do governo Reorientação da política econômica	

competências de cada		<p>com a demanda real.</p> <p>Ênfase na ampliação de recursos financeiros, de ano a ano.</p> <p>Poucas referências ao SUS como sistema e ênfase em programas ministeriais, fortalecendo a idéia de fragmentação na atenção à saúde.</p> <p>Temas financeiros dominam a publicação</p> <p>Ênfase nos planos nacionais, como tb</p> <p>Reduzida menção aos municípios e ao próprio papel do Ministério da Saúde no sistema de saúde.</p> <p>Ênfase no médico e enfermeiro e reduzida menção a outras categorias</p> <p>REFORSUS relaciona melhores serviços de saúde com equipamentos médicos, de informática, ambulâncias e reformas.</p> <p>Mobilização da sociedade como chave para o sucesso</p> <p>Justificativa para a ANVISA – maior autonomia e agilidade no controle sanitário</p> <p>Ênfase na solidariedade e cidadania</p>			
----------------------	--	--	--	--	--